



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

KOTIHOIDON ASIAKKAAN PERUSESELINTOIMINTOJEN ARVIOINTI

Koulutus henkilökunnalle

Katri Maijanen

Emma Mock

Opinnäytetyö
Marraskuu 2017
Sairaanhoitajakoulutus



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

MAIJANEN KATRI & MOCK EMMA
Kotihoidon asiakkaan peruselintoimintojen arviointi
Koulutus henkilökunnalle

Opinnäytetyö 53 sivua, joista liitteitä 14 sivua
Marraskuu 2017

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Keiturin Sote Oy:n kanssa, joka vastaa kotihoidon palveluista Ruovedellä ja Virroilla.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää mitkä ovat peruselintoiminnot sekä tuottaa lisäkoulutusta kotihoidon henkilöstölle kotihoidon asiakkaan peruselintoimintojen tarkailusta, arvioinnista ja tulosten tulkinnasta. Työ toteutettiin toiminnallisen opinnäytetyön menetelmällä. Teoriaosuudessa käsiteltiin peruselintoimintoja, hengitystä, verenkiertoa ja tajuntaa sekä niihin kohdistuvia häiriöitä ja niiden tutkimiseen käytettäviä menetelmiä. Näitä menetelmiä ovat Glasgow'n kooma-asteikko ja ABCDE menetelmä.

Peruselintoimintojen häiriöt kertovat asiakkaan tilasta ja voivat pahimmillaan olla jopa hengenvaarallisia. Niiden tutkiminen vaatii ammattitaitoa. Tutkimisen tulee olla systemaattista ja tulosten arvioinnissa on hyödynnettävä ajantasaista tutkittua tietoa. Kotihoidossa on käytettävissä vain vähäinen määrä teknologiaa, joten tutkimisessa on osattava hyödyntää erilaisia havainnointimenetelmiä. Opinnäytetyön sisältämässä koulutus-tilaisuudessa käsiteltiin peruselintoimintoja sekä harjoiteltiin käytännössä niiden tutkimista, arviointia sekä niihin liittyvien häiriötilanteiden tunnistamista. Koulutuksen ja koko opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää kotihoidon henkilöstön ammatillista osaamista. Koulutustilaisuus sisälsi teoriaosuuden ja käytännön harjoituksia.

Koulutuksesta saadun palautteen perusteella koulutus koettiin hyödylliseksi ja tarpeelliseksi. Osallistujat kokivat, että voivat hyödyntää oppimiaan asioita käytännön työtehtävissään kotihoidossa.

Asiasanat: kotihoidon asiakas, peruselintoiminnot, ammatillinen kehittyminen, koulutus

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and health Care Nursing

MAIJANEN KATRI & MOCK EMMA
The Vital Signs Assessment of a Home Care Client.
Training for the Personnel.

Bachelor's thesis 53 pages, appendices 14 pages
November 2017

This study was conducted in co-operation with Keiturin Sote Oy, which is responsible for homecare services in Ruovesi and Virrat. The purpose of this study was to provide the home care personnel with in-service training on observing, evaluating, and analysing vital signs. The approach of the study was functional. In the theoretical part of the study the focus was on the vital signs, breathing, blood circulation and consciousness, in addition to the methods how they are examined. The tools applied are the Glasgow Coma Scale and the ABCDE approach.

Interruptions in vital signs inform about the client's condition which in the worst case can be lethal. Vital signs assessment requires professional competence. The examination must be systematic and the assessment must be based on the latest scientific research. In home care, the technology available is limited, which requires the use of different observation methods.

The feedback from the training shows that it was useful and could utilize their knowledge in their daily practical work in home care.

Key words: client of homecare, vital signs, professional skill development, training

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Aineiston keruu.....	9
4	TEOREETTISE LÄHTÖKOHDAT	10
4.1	Asiakas kotihoidossa.....	11
4.2	Peruselintoiminnot	14
4.2.1	Hengitys	14
4.2.2	Verenkierto.....	18
4.2.3	Verenpaine	19
4.2.4	Tajunta.....	21
4.3	Glasgow’n kooma-asteikko.....	23
4.4	ABCDE menetelmä	24
4.5	Ammatillinen kehittyminen ja koulutus	26
5	KOULUTUSTILAISUUDEN TOTEUTUS	30
6	POHDINTA.....	32
6.1	Eettiset kysymykset	32
6.2	Luotettavuus.....	33
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	34
	LÄHTEET.....	36
	LIITTEET	40
	Liite 1. Lupa opinnäytetyön tekemiseen	40
	Liite 2. Taulukko erilaisten hakukoneiden ja hakusanojen käytöstä.....	44
	Liite 3. Koulutuksen diaesitys.....	45
	Liite 4. Koulutus palaute lomake	53

ERITYISSANASTO

ABCDE menetelmä	Kliinisen tilan arviointimenetelmä
Anamneesi	Esitiedot
Anafylaktinen reaktio	Allerginen reaktio
Asidoosi	Elimistön happamuustila
Babinskin testi	Ihoheijaste (Babinskin heijaste)
Diabeettinen ketoasidoosi	Elimistön happomyrkytys
Diastolinen verenpaine	Verenpaine sydämen levätessä ”alapaine”
EKG	Sydänfilmi
Glasgow’n koomatesti	Kooma-asteikko (tutkimus)
Happisaturaatio	Happikylläisyys
HF	Hengitysfrekvenssi, Hengitystiheys
Hengitysekshaustio	Hengityksen uupuminen
Hiilidioksiretentio	Hiilidioksidin kertyminen elimistöön
Hypertensio	Kohonnut verenpaine
Intoksikaatio	Myrkytys
Keuhkoödeema	Nesteen kertyminen keuhkoihin
Lymfa	Imuneste
Neurologinen status	Neurologinen nykytila
Pleuraneste	Keuhkopussissa oleva neste
Pleuriitti	Keuhkopussin tulehdus (nestekertymä)
Pulssioksimetri	Valtimoverenkyläisyyttä ja pulssia mittaava laite
Radialispulssi	Rannepulssi
RR	Verenpaine
Status	Nykytila
Syanoottisuus	Ihon sinertävyys
Systolinen verenpaine	Verenpaine sydämen supistuessa ”yläpaine”
Uremia	Virtsamyrkytys

1 JOHDANTO

Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (2012/980) mukaan on tärkeää, että iäkäs henkilö kokee elämänsä merkitykselliseksi ja arvokkaaksi. Laki iäkkään henkilön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista velvoittaa kuntia tarjoamaan laadukasta ja hyvää hoitoa, ensisijaisesti kotiin annettavilla palveluilla. Laissa mainitaan erikseen, että laadukkailla palveluilla on tarkoitus turvata hyvä hoito ja huolenpito. Tärkeää on, että iäkäs henkilö kokee olonsa turvalliseksi.

Väestön vanhetessa kotiin annettavat palvelut lisääntyvät ja niiden sisältöön ja laatuun on kiinnitettävä entistä enemmän huomiota. Kotona hoidetaan entistä sairaampia ihmisiä. Tämän takia opinnäytetyön aiheeksemme valikoitui tilanearvion tekeminen peruselintoimintojen pohjalta kotihoidossa. Työmme keskittyy peruselintoimintojen tarkkailuun, tulosten ymmärtämiseen ja niiden pohjalta tarkoituksenmukaisen jatkohoidon valintaan. Hoitoa suunniteltaessa on ymmärrettävä, koska jatkohoito on välttämätöntä ja millaista tilaa voidaan seurata kotona. Aihe on ajankohtainen myös yhteistyökumppanimme Keiturin Sote Oy:n näkökulmasta, joka vastaa Ruovedellä ja Virroilla toteutuvasta kotihoidosta.

Asianmukaisilla palveluilla ja hoitoketjuilla voidaan selkiyttää palveluita, sekä välttää sellaisia tilanteita, jotka eivät ole asiakkaan hoidon kannalta tarkoituksenmukaisia. Muuttuvien tilanteiden tunnistaminen ja niihin puuttuminen riittävän ajoissa vaatii hoitohenkilökunnalta osaamista. Toimivat palvelut lisäävät hyvinvointia ja ylläpitävät toimintakykyä. (Ikäihmisten akuuttihoitoketju 2017.)

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa lisäkoulutusta Keiturin sote Oy:n kotihoidon henkilöstölle, hoidon tarvetta arvioidessa peruselintoimintojen tarkkailun pohjalta.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Mitkä ovat peruselintoiminnot?
2. Kotihoidon asiakkaan peruselintoimintojen arviointi.
3. Tuottaa toiminnallinen lisäkoulutus Keiturin Sote Oy:n kotihoidon henkilöstölle.

Tavoitteena on kehittää Keiturin Sote Oy:n henkilöstön ammattitaitoa, arvioidessa asiakkaan vointia peruselintoimintojen osalta ja sitä kautta parantaa kotihoidon asiakkaan inhimillistä, laadukasta ja asiakaslähtöistä hoitotyötä. Lisäksi haluamme lisätä omaa tietopohjaamme ikääntyneen asiakkaan peruselintoimintojen tarkkailussa ja kehittyä koulutuksen toteuttamisessa.

3 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää teoreettisen tiedon lisäksi myös konkreettista toimintaa, esimerkiksi koulutusta. Toiminnallinen opinnäytetyö lähtee työelämän tarpeista. Keskeisenä asiana kyseisessä menetelmässä on toiminta, jonka avulla voidaan ratkoa tai kehittää esimerkiksi työelämään liittyviä ongelmia. Työtä tehdään yhteistyössä opinnäytetyöhön liittyvien eri toimijoiden kanssa. Keskustelu, analysointi ja arviointi ovat toiminnallisen opinnäytetyön kulmakiviä, kun sitä verrataan tutkimukselliseen opinnäytetyöhön, jossa yksinkertaistetusti pääasiassa, joko kerätään, tai vaihdetaan tietoja. Verratessa määrällistä, laadullista ja toiminnallista tutkimusta voidaan todeta, että toiminnallinen menetelmä on ainutkertainen ja tähtää näkyvään toimintaan. Määrällisen ja laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa uutta tietoa. Toiminnallisen opinnäytetyön pohjalla on tutkittu teoreettinen tieto. Tutkimusta tehdessä on muistettava, että sille on olemassa omat säännöt ja myös toiminnallisen tutkimuksen tulee noudattaa tutkimukselle asetettuja tieteellisiä sääntöjä. (Salonen 2013, 5-6, 13.)

Kirjallisuuskatsaus on teoreettinen tietopohja, johon on kerätty valitusta aiheesta olemassa oleva tieto. Ensimmäiseksi kirjallisuuskatsausta tehdessä on rajattava aihe ja mietittävä mitä varten ja kenelle katsaus tehdään. Tiedon hakemiseen voidaan käyttää erilaisia hakukoneita ja tietokantoja. Terveysalaan liittyviä tutkimustietokantoja löytyy runsaasti. Tarkoin valikoitujen aineistojen pohjalta tiedot ja tulokset yhdistetään vastaamaan tutkimuksen tarkoitusta. (Mäkelä, Varonen & Teperi 1996.)

Tätä opinnäytetyötä tehdessä työelämän yhteiskumppani on ollut mukana työn eri vaiheissa. Työnantajatahon yhteiskumppanin kanssa on vaihdettu ajatuksia muun muassa sähköpostin välityksellä. Koulutuksessa käytetty materiaali on lähetetty työnantajalle ennen koulutusta tarkistettavaksi. Tällä turvattiin, että koulutuksen sisältö vastaa henkilöstön koulutustarpeita. Koulutuksessa kerätty kirjallinen palaute on myös lähetetty työnantajalle tiedoksi.

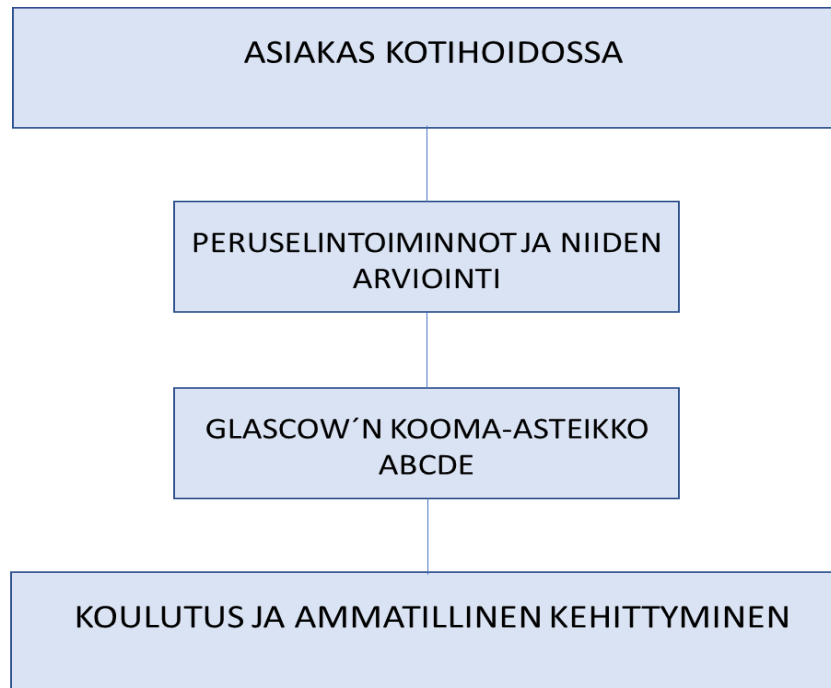
3.1 Aineiston keruu

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen tutustumalla muihin toiminnallisiin opinnäytetöihin. Sitä kautta käsitys toiminnallisesta opinnäytetyöstä selkeytyi ja työn laajuuden rajauspäättös vahvistui.

Lähteitä on etsitty erilaisten hakukoneiden avulla, kuten liitteestä 2 voidaan havaita. Käytettyjä hakukoneita ovat olleet Medic, Finlex ja Melinda. Lisäksi olemme etsineet Googlen avulla esimerkiksi käypä hoito -suosituksia. Käypä hoito -suositukset ovat ajantasaisia koko maata koskevia suosituksia ja niitä tulisi noudattaa jokaisessa terveydenhuollon yksikössä. Olemme lukeneet tutkimukseen liittyvää kirjallisuutta ja artikkeleita hyödyntämällä Tamkin kirjaston laajaa valikoimaa. Terveysportin hyödyntäminen on ollut mahdollista kirjaston tietokantapalvelun avulla. Terveysportin käyttö on vakinaistunut myös monissa työyhteisöissä.

Työelämän yhteistyökumppanilta olemme saaneet ehdotuksia sekä toiveita lähteiden valitsemiseen ja olemme pyrkineet noudattamaan näitä toiveita työssämme. Toiveena on ollut käyttää iäkkäiden hoitoa ohjaavia lakeja.

4 TEOREETTISE LÄHTÖKOHDAT



Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa koulutus Keiturin Sote Oy:n henkilöstölle Ruovedellä ja Virroilla kotihoidon asiakkaan peruselintoimintojen arvioimisesta. Koulutusmenetelminä käytämme luennointia ja tekemällä oppimista. Yllä olevassa kaaviossa on esitelty työmme keskeiset teoreettiset lähtökohdat.

Muuttuva terveydenhuolto asettaa kotihoidolle uusia haasteita. Palvelurakenne muuttuu laitoshoidosta avopainotteiseksi. Väestö vanhenee ja kotiin annettavat palvelut lisääntyvät. Lisäksi kotona hoidetaan entistä sairaampia ihmisiä. (Tekes 2014.) Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista mukaan (2012/980), ihmisten toimintakyky ja turvallinen kotona asuminen on turvattava. Nykyresurssit on pystyttävä hyödyntämään entistä paremmin. Tällöin korostetaan ikääntyneiden omien voimavarojen hyödyntämistä ja kuntouttavaa työtä. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010.) Ammatillisen osaamisen kehittäminen terveydenhuollossa on potilasturvallisuuden sekä palvelujen laadun kannalta ensiarvoisen tärkeää. Osaaminen tulee perustua laaja-alaiseen, monitieteelliseen sekä käytännölliseen osaamiseen ja se tulee pohjautua tutkittuun tietoon ja näyttöön. (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2006.)

Peruselintoimintojen eli hengityksen, verenkierron ja tajunnan, seuraamiseen tulee kiinnittää erityistä huomiota, koska niiden heikkenemisen varhainen tunnistaminen vähentää sydänpysähdyksen riskiä ja ennen aikaista kuolleisuutta (Castren, Aalto, Rantala, Söpanen & Westergård 2009, 150). Kotihoidossa ei ole käytettävissä sairaalatasoista mitauslaitteita, vaan tutkiminen täytyy suorittaa pitkälti hoitajan havaintojen perusteella (Karhu & Rautiainen 2016). ABCDE menetelmä on kehitetty asiakkaan tilan tutkimisen tueksi. Sen avulla voidaan arvioida peruselintoimintojen tilaa. ABCDE menetelmä tulee sanoista airway (hengitystiet), breathing (hengitys), circulation (verenkierto), disability (tajunnan taso) sekä exposure (muut löydökset). (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 520-521.)

4.1 Asiakas kotihoidossa

Suomessa säännöllisen kotihoidon asiakkaita marraskuussa 2015 oli 73 278. Säännöllisen kotihoidon asiakkaita ovat ne asiakkaat, joille laskentakuukauden aikana on toteutunut kotihoidon käyntejä, joko voimassaolevan palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaan tai jotka ovat saaneet käyntejä vähintään kerran viikossa. Noin kolmasosalle asiakkaista toteutui vähintään 60 käyntiä kuukaudessa. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista yli 75 vuotiaita oli 56 507. Se oli 11.8% koko maan 75 vuotta täyttäneistä marraskuussa 2015. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2015.)

Kotihoidon asiakkaana voi olla henkilö, jonka toimintakyky on sairauden tai vamman myötä alentunut (Sosiaali- ja terveysministeriö n.d.b). Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman laatusuosituksen mukaan koko maamme noin miljoonasta ikääntyvästä, 90 000 tuhatta henkilöä käyttää säännöllisiä kotiin annettavia palveluita. Ikääntyneeksi henkilöksi luokitellaan henkilö, joka on oikeutettu vanhuuseläkkeeseen. Iäkäs nimitystä käytetään henkilöstä, jonka fyysinen, psyykinen ja kognitiivinen sekä sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt iän, sairauksien tai vamman takia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 8, 13.)

Toimintakyky käsitteenä tarkoittaa ihmisen fyysisiä ja psyykkisiä kykyjä, joita hän tarvitsee jokapäiväisessä elämässään. Näihin kykyihin vaikuttavat elinympäristö, terveydentila, sosiaaliset suhteet sekä yksilölliset ominaisuudet. Toimintakykyä mitataan sen perusteella, miten ihminen selviytyy esimerkiksi arjen askareista ja kuinka hän pystyy

toimimaan erilaisissa yhteisöissä. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012, 119.) Sosiaali- ja terveystalvvelujen tarkoituksena on tukea iäkkään henkilön toimintakykyä. Tarkoituksena on, että ihminen kykenee toimimaan omassa elinympäristössään mahdollisimman pitkään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 24.)

Lain ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (2012/980) mukaan säännöllisten talvveluiden piirissä olevat iäkkäät henkilöt ovat oikeutettuja hoito- ja talvvelusuunnitelmaan. Talvvelusuunnitelma on työväline, jonka pohjalta hoitoa toteutetaan. Suunnitelman tarkoituksena on luoda talvvelut vastaamaan toimintakyvyn tarpeita. Oikeanlaisilla talvveluilla mahdollistetaan itsenäinen suoriutuminen ja hyvinvointi sekä hyvä hoito. Suunnitelmaa on pidettävä ajan tasalla ja päivitettävä aina toimintakyvyn muuttuessa. Suunnitelma laaditaan yhdessä hoitohenkilökunnan, asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa.

Hoito- ja talvvelusuunnitelmaa toteutetaan asiakkaan suostumuksella hänen hoidossaan. Suunnitelma on siis päivittäinen työväline, joka sisältää kaikki toimet ja niitä toteuttavat tahot, joilla mahdollistetaan asiakkaan hyvinvointi ja avuntarpeen turvaaminen. Suunnitelmasta käy ilmi kaikki terveyden- ja sosiaalihuollon talvvelut, joita asiakas tarvitsee hoidossaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 24.)

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista (2012/980) määrää, että kunnilla on oltava suunnitelma ikääntyneiden talvvelujen tuottamisesta. Suunnitelmassa on määriteltävä toimenpiteet kuinka ikääntyneiden hyvinvointi, terveys, toimintakyky ja itsenäinen suoriutuminen turvataan, sekä mitä talvveluita tuotetaan. Kunnat ovat velvollisia tuottamaan ja kehittämään talvveluita ja omaishoitoa. Suunnitelman painotus tulee olla toimenpiteissä, jotka edistävät kotona asumista ja kuntoutumista ja sen on oltava osa kunnan strategiaa. Laki määrittelee myös, että kyseessä olevat talvvelut tuotetaan siten että iäkkäät voivat kokea elämänsä turvallisiksi, merkitykselliseksi sekä arvokkaaksi. Iäkkäällä henkilöllä tulee lisäksi olla mahdollisuus hyvinvointia, terveyttä sekä toimintakykyä ylläpitäviin ja edistäviin aktiviteetteihin. Edelleen laki määrää, että avio- ja avopuolisoilla olisi mahdollisuus asua yhdessä.

Terveydenhuoltolain (2010/1326), Sosiaalihuoltolain (2014) sekä Sosiaali- ja terveysministeriön (n.d.a) mukaan kuntien velvollisuus on järjestää kotisairaanhoido ja kotital-

velut silloin, kun asiakas tarvitsee sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi apua kotiin. Palveluista käytetään yhteisnimitystä kotihoito. Toiminta voi olla hoito- ja palvelusuunnitelmaan perustuvaa jatkuvaa palvelua tai tilapäistä. Palveluntarve määräytyy asiakkaan terveydentilan mukaan. Palveluihin kuuluu arjen askareissa, sekä henkilökoh-
taisissa toiminnoissa, kuten hygienian hoitamisessa, avustaminen. Lisäksi seurataan asiakkaan vointia, toteutetaan sairaanhoitoa asiakkaan tilan mukaan ja neuvotaan sekä asiakasta, että omaisia palveluihin liittyvissä asioissa. Tukipalveluilla täydennetään henkilökohtaista huolenpitoa ja näitä ovat ateriapalvelu, siivous, vaatehuolto, kaupassa käynti sekä muut asiointi palvelut ja sosiaalista elämää tukevat palvelut. Näiden lisäksi tuotetaan liikkumista helpottavia palveluja kuten kuljetus- ja saattajapalvelu.

Tekes:n (2014) laatiman ohjelman, Kotihoito 2020 kymmenen askelman ohjelma koti-
hoitoon, mukaan kotihoidolle haasteita tuovat väestön ikääntyminen, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarve lisääntyy. Lisäksi palvelurakenne muuttuu laitoshoidosta avopainotteiseksi. Haasteita lisää myös se, että väestöllä on entistä enemmän sairauksia ja kotihoidon henkilöstö eläköityy ja uuden työvoiman saatavuus vaikeutuu. Ratkaisuja näille haasteille täytyy hakea uudenlaisista toimintamalleista. Nykyresursseja on pyrittävä hyödyntämään entistä paremmin ja asiakaslähtöisemmin. Hoitajien vaihtuvuutta on pyrittävä vähentämään. Lyhytaikaiset sijaisuudet johtavat kustannusten kasvuun, hoitovirheiden mahdollisuuteen sekä vievät vakihenkilöstön työaikaan jatkuvaan perehdyttämiseen.

Hoito- ja palvelusuunnitelma on laadittava siten, että sen avulla voidaan sovittaa kaikki asiakkaan erilaisten palveluiden tavoitteet yhteen. Näin voidaan välttää päällekkäistä työtä ja edistää yhteisen hoitonäkemyksen muodostumista. Lisäksi voidaan varmistaa eri hoitotahojen toimiminen samojen pelisääntöjen mukaan. Tästä esimerkkinä on jo toteutettu kotihoito, eli kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen. Siinä on haettu ratkaisua sisällöllisestä ja rakenteellisesta uudistuksesta vanhustenhuollon palvelutarpeen sekä kustannusten kasvuun. Tässä ratkaisussa korostetaan ikääntyneiden omien voimavarojen hyödyntämistä ja kuntouttavaa työtettä. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2010.)

Valtiontalouden tarkastusviraston (2010) tekemän selvityksen mukaan 75 vuotta täyttäneiden määrän arvioidaan lähes kaksinkertaistuvan vuodesta 2009 vuoteen 2030. Silloin heitä arvioidaan olevan lähes 85 000. Jos heistä säännöllisen kotihoidon asiakkaita on

edelleen 11.8% kuten 2015, silloin tämä määrä on yli 100 000 eli lähes kaksinkertainen verrattuna vuoteen 2015. Tämä voimakas väestön ikääntyminen vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän rahoituksen kestävyYTEEN. Lisäksi se vaikuttaa siihen, kuinka hyvin julkinen valta pystyy pitämään kiinni annetuista palvelulupauksista. Kotihoidon palveluiden tuottamisessa myös tulevaisuudessa on kysymys siitä, kuinka kansalaisille pystytään turvaamaan riittävät sosiaali- terveyspalvelut sekä siitä kuinka ikääntyneiden pitkäaikaishoito tai pitkäaikaishoiva pystytään tuottamaan sosiaalisesti ja taloudellisesti kestäväällä tavalla.

4.2 Peruselintoiminnot

Hoitotyössä tärkeimmät seurattavat peruselintoiminnot ovat hengitys, verenkierto sekä tajunta. Joskus potilaan elintoiminnot heikkenevät ennen kuin hoitohenkilökunta ehtii tunnistaa merkit ja vastata hoidontarpeeseen. (Castren ym. 2009, 150; Kuisma, Holström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2013, 120-121.)

NHS:n eli National Health Service mukaan 2005 Englannissa analysoitiin 507 kuolemaa, joista peräti 11% aiheutui siitä, että peruselintoimintojen heikkenemisen varhaisia merkkejä ei huomattu. Potilaan tilasta tulisi tehdä karkea arvio heti asiakkaan tapaamisessa. Arvion perustana on esivaikutelma sekä tilannearvio. (NHS National Patient Safety Agency 2007; Resuscitation Council (UK) 2016.)

Verenkierto- ja hengityshäiriöt, sekä tajunnan tason muutokset kertovat häiriötilasta elimistössä. Häiriötilojen varhainen tunnistus on hoidon kannalta äärimmäisen tärkeää. Häiriötilojen tutkiminen ei vaadi massiivista mittauslaitteiden valikoimaa vaan voidaan suorittaa pitkälti hoitajien havaintojen perusteella. Hoitohenkilökunnan koulutuksella mahdollistetaan se, että esimerkiksi heikkenevät elintoiminnot osataan tunnistaa riittävän ajoissa. (Karhu & Rautiainen 2016.)

4.2.1 Hengitys

Ihmisen hengityselimistöön kuuluvat keuhkot, ylä- ja alahengitystiet rintakehä ja hengityslihakset, joiden tehtävänä on elimistön ja ulkoilman välinen kaasujenvaihto. Ylähen-

gitysteihin kuuluvat nenäontelo, nielu sekä kurkunpää. Alahengitysteihin kuuluvat henkitorvi sekä keuhkoputket haaroineen. Keuhkot sijaitsevat rintakehän sisällä. (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie 2014, 356 - 359.) Keuhkojen välissä sijaitsee sydän sekä henki ja ruokatorvi. Keuhkoputket lähtevät henkitorven risteyksestä ja haarautuvat säännöllisesti keuhkoputkiksi eli ilmatiehyeiksi, jotka ovat alle 1 millimetri halkaisijaltaan. Ilmatiehyet haarautuvat keuhkorakkula tiehyeiksi, jotka päättyvät keuhkorakkuloihin. Keuhkorakkuloissa tapahtuu hengityskaasujen vaihto. (Ahonen ym. 2016, 445-447.)

Keuhkotuuletus koostuu sisään – ja uloshengityksestä. Sisäänhengityksessä pallea laskee ja uloimmat kylkivälilihakset supistuvat. Tällöin rintaontelo ja keuhkot laajenevat ja keuhkorakkuloihin syntyy ulkoilmaan nähden negatiivinen paine. Sen ansiosta keuhkorakkuloihin virtaa ilmaa keuhkoputkistosta. Uloshengityksessä hengityslihakset rentoutuvat ja pallea sekä rintakehä palautuvat lepoasentoon. Tällöin ilma virtaa ulos keuhkoista. Keuhkojen kaasunvaihdon vaiheet ovat keuhkorakkuloiden tuuletus, kaasujen diffuusio keuhkorakkuloista keuhkokapillaareihin sekä kaasujen kuljetus keuhkoverenkierrossa. Keuhkorakkuloiden tuuletuksessa keuhkorakkuloihin syntyy ulkoilmaan nähden negatiivinen paine. Tällöin virtaa ilmaa keuhkoputkistosta keuhkorakkuloihin. Diffuusiosta kaasut siirtyvät suuremmasta osapaineesta pienempään. Happi siirtyy keuhkorakkuloista hiussuoniverkostoon eli keuhkokapillaareihin. Tämän jälkeen tapahtuu hapen kuljetus keuhkoverenkierrossa. (Ahonen ym. 2016, 445–447.)

Hengityksen keskeisin tehtävä on hapen kuljettaminen kaikkialle elimistössä ja aineenvaihdunnan tuloksena syntyneen hiilidioksidin poistaminen. Toinen tärkeä tehtävä on elimistön hiilidioksidipitoisuuden sekä happoemästasapainon säätely. Lisäksi hengitysrytmin mekaniikka säätelee sydämen sykkeen hengityssyklin aikana. Rytmii nopeutuu sisäänhengityksen ja hidastuu uloshengityksen aikana. Hengitysliikkeiden mekaniikka toimii pumppaavana voimana kaasujen vaihdossa ja elimistön nesteiden kierrossa, kuten laskimoveren, lymfan sekä aivoselkäydinnesteen kierrossa rytmisen liikkeen ansiosta. Lisäksi hengityksen virtaus tukee ääntä ja puhetta. Hengityksen mekaaninen liike ylläpitää selkärangan sekä ympäröivien tukirakenteiden joustavuutta ja näin edesauttaa asennon ylläpitämistä kehossa. Hengityksen liike auttaa ruuansulatusjärjestelmän toimintaa ja säätelee sisäelinten verenkiertoa. (Martin, Seppä, Lehtinen & Törö 2014, 36 - 37.)

Hengitysvajaus on yleisin vakaviin sairauksiin liittyvä mahdollisesti kuolemaan johtava elintoimintojen häiriö. Äkillinen hengitysvajaus on hapettumisen häiriö, joka johtuu

hiilidioksidin kertymisestä tai hengitystyön lisääntymisestä, aiheuttaen elimistön epätasapainon. Tällöin välittömät hoitotoimenpiteet ovat välttämättömiä. Lähes aina äkilliseen hengitysvajaukseen liittyy myös muita elintoimintojen häiriöitä. Erityisesti hengityksen ja verenkierron yhteisvaikutukset ovat keskeisiä. Hoidon toteuttamisessa tärkeää on eri elintoimintojen häiriöiden vaikeusasteen sekä niiden välisten patofysiologisten yhteisvaikutusten ymmärtäminen. (Hengitysvajaus 2014.)

Hengenahdistus on peruselintoimintoihin liittyvä oire, joka pitää hoitaa mahdollisimman pian. Hengenahdistuspotilaan tarkkailussa on tärkeä käyttää kaikkia aisteja. Yksi tärkeimpiä huomioitavia asioita on hengitystiheys, se on tärkein potilaan hengitystyön mittari. Normaalisti aikuisella hengitystiheys on 12-16 kertaa minuutissa. Suurentunut hengitystiheys on yli 25 kertaa minuutissa ja alentunut hengitystiheys on alle 10 kertaa minuutissa. Hengitystiheyden muutokset ovat yksi tärkeimmistä merkeistä asiakkaan tilan heikentymistä arvioitaessa. (Ahonen ym. 2016, 449-450; Niemi-Murtola, Jalonen, Junttila, Metsävainio & Pöyhijä 2012, 18.)

Toinen tärkeä tarkkailtava asia on hengitystapa. Siitä täytyy havainnoida, onko se säännöllistä vai epäsäännöllistä, syvää vai pinnallista, haukkovaa, kuorsaavaa tai katkonaisista. Syvän ja raskaan hengityksen syynä ja seurauksena voi olla asidoosi ja hiilidioksidiretentio. Pinnallinen hengitys taas voi kertoa mahdollisesta kivusta. Haukkovan hengityksen kyseessä ollessa on hengitystien avoimuus tarkastettava. Kuorsaava hengitys voi kertoa alentuneesta tajunnantasosta sekä siitä että ylähengitysteiden auki pitäminen on vaikeutunut. Hengityskatkoksia toistuvasti seuraava hengityksen kiihtyminen voi taas kertoa neurologisesta sairaudesta. (Ahonen ym. 2016, 449-450.)

Hengitysliikkeiden tarkkailussa kiinnitetään huomiota, onko rintakehän liike symmetrinen vai epäsymmetrinen. Epäsymmetrinen rintakehän liike voi johtua ilmarinnasta tai rintakehän vammasta. Nenäsiipihengitys eli sierainten laajeneminen on seurausta lisääntyneestä hengitystyöstä. Onko pallealiike keuhkua vai tasaista. Keuhkua liike johtuu myös lisääntyvästä hengitystyöstä. (Ahonen ym. 2016, 449-450.)

Seuraava tärkeä tarkkailtava asia on hengitysäänet. Normaalit sisään- ja uloshengitysäänet ovat puhtaat ja tasaiset. Rohina hengitysäänissä kertoo siitä, että keuhkoputkissa on limaa. Rahisevat äänet, kuten esimerkiksi toispuolinen rahina, voivat johtua keuhkokuumeesta. Ritisevät äänet kertovat nesteen kertymisestä keuhkoihin ja voivat viitata

sydämen vajaatoimintaan. Vinkuvat äänet uloshengityksessä voivat kertoa keuhkoputkien ahtaumasta tai astmasta. Neste keuhkoissa voi aiheuttaa vinkuvaa ääntä uloshengityksessä, mikä johtuu pienten ilmäteiden ahtautumisesta. Sisäänhengityksessä vinkuvat äänet viittaavat ylähengitysteiden ahtautumiseen eli ylätieinfektioihin. Porisevat äänet voivat kertoa vaikeasta keuhkoödeemasta. Hankaavat äänet voivat johtua esimerkiksi pleuriitista eli keuhkopussin nestekertymästä. Hiljainen tai äänetön hengitys viittaa esimerkiksi ilmarintaan, keuhkolaajentumaan tai keuhkopussissa olevaan nesteeseen. Lisäksi hengityksen hajua tulee havainnoida. Haju kertoo mahdollisesta intoksikaatiosta, esimerkiksi alkoholin haju hengityksessä. Hengityksen haistessa asetonille kyseessä voi olla diabeettinen ketoasidoosi. Virtsan haju hengityksessä kertoo uremiasta. Maksakoomassa hengitys haisee ammoniakille. Yleisesti pahanhajuinen hengitys kertoo huonosta suuhygieniasta. (Ahonen ym. 2016, 449–450.)

Hengenahdistus saattaa johtua äkillisestä tai hitaasti kehittyvästä tapahtumasta tai sairaudesta. On tärkeää tunnistaa äkillinen tai hitaasti kehittyvä hengenahdistus. Asiakkaan taustatiedot ovat erittäin tärkeässä asemassa statuksen tunnistamisessa ja hoidon suunnittelussa. (Ahonen ym. 2016, 448; Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2010, 134.)

Äkillisen hengenahdistuksen oireita ovat muun muassa hengitystyön lisääntyminen sekä hengitystaajuuden kasvu, levottomuus sekä tajunnan häiriöt. Hengitystaajuuden ollessa yli 25 kertaa minuutissa, hengitystyö on selvästi lisääntynyt. Hengitystaajuuden ylittäessä 40 kertaa minuutissa kyseessä on uhkaava hengitysekshaustio eli hengityksen uupuminen. Lisäksi tajunnantaso voi kertoa äkillisen hengenahdistuksen mahdollisuudesta, jos asiakkaalla on sekavuutta, levottomuutta tai uneliaisuutta. Ihonvärin punakkuus, kalpeus tai syanoottisuus, kosteus sekä lämpötila kertovat mahdollisesta äkillisestä hengenahdistuksesta. Kylmä hiki iholla voi olla signaali siitä, ettei asiakas jaksa hengittää. Äkillisen hengenahdistuksen syitä voivat olla vierasesine hengitysteissä, keuhkoödeema, keuhkoveritulppa, ilmarinta, hyperventilaatio, anafylaktinen reaktio tai häämyrkytys. Päivien tai viikkojen aikana kehittyneen hengenahdistuksen syitä voivat olla sydämen vajaatoiminta, sepelvaltimotauti, astman paheneminen, keuhkohtaumataudin paheneminen, keuhkokuume, keuhkosityöpä, pleuranesteen kertyminen tai anemia. Kuuksien tai vuosien kuluessa kehittyneen hengenahdistuksen syitä voivat olla keuhkohtauma tauti, sepelvaltimo tauti, toistuvat keuhkoveritulpat, ylipaino tai lihastaudit. (Ahonen ym. 2016, 449-450; Mustajoki ym. 2010, 151.)

Äkillisen hengenahdistuksen kyseessä ollessa voidaan asiakkaan tila tarkistaa pulssioksimetrin avulla. Pulssioksimetrin käyttö on luotettava tapa hengenahdistuksen havaitsemiseksi. Sillä mitataan valtimoveren happipitoisuutta sekä pulssia. Normaali happisaturaatio arvo on yli 96% ja jos happisaturaatio on alle 90% se on merkittävästi laskenut. Pulssioksimetrin käyttö hengenahdistuksesta kärsivien esiarvioinnissa sekä seurannassa auttaa hoitajaa määrittelemään asiakkaan hengenahdistuksen asteen. (Ahonen ym. 2016, 453.)

4.2.2 Verenkierto

Verenkiertoelimistöön kuuluvat sydän ja verisuonet. Sydän on rakentunut kahdesta eri puoliskosta, oikeasta ja vasemmasta. Elimistöstä laskimoita pitkin tuleva vähähappinen veri kulkeutuu sydämen oikean puolen eteisen ja kammion kautta hapettumaan keuhkoihin ja palaa sieltä sydämen vasemman eteisen kautta vasempaan kammioon. Tällöin puhutaan pienestä verenkierrosta. Vasemmasta kammioista veri jatkaa matkaansa valtimoiden kautta kaikkialle elimistöön. Tätä kutsutaan suureksi verenkierroksi. (Ahonen ym. 2016, 182-183; Sand ym. 2014, 268.)

Verenkierron tehtävä on kuljettaa happea elimistön eri osiin ja poistaa keuhkojen avulla hiilidioksidia kudoksista. Verenkierron ansiosta kulkeutuvat elimistöön myös eri ravintoaineet sekä lämpö. Verenkierto osallistuu myös elimistön sisäisen tasapainon säätelyyn sekä siirtää kuona-aineita niitä poistaviin elimiin. Sydämellä on keskeinen osa verenkierrossa. Tämä tulee esille varsinkin, jos sydämen pumppaustoiminta jostain syystä heikkenee tai pysähtyy. Tällöin ei verenkiertoelimistö pysty huolehtimaan verenkiertojärjestelmästä. (Sand ym. 2014, 268.)

Sydämen ja verisuonten toiminnasta saadaan tietoa verenpaineen ja pulssin avulla. Pulssi tarkoittaa valtimoissa syntyvää paineaaltoa. Paineaalto syntyy, kun sydämen vasemmasta kammioista lähtevä verimäärä siirtyy aortan kautta valtimoihin. Pulssia voidaan tunnustella esimerkiksi ranteesta, jolloin saadaan selville radialispulssi. Tunnusteluun ei tarvita mittauslaitteita, vaan se suoritetaan painamalla kevyesti etu- ja keskisormella valtimon pinnalta. Luotettavan tuloksen saamiseksi pulssia olisi hyvä tunnustella vähintään minuutin ajan. Mittaus tapahtuu asiakkaan ollessa levossa. Tunnustelemalla voidaan arvioida pulssin voimakkuutta, säännöllisyyttä sekä pulssitaajuutta. Tärkeää on

havaita mahdolliset muutokset pulssissa, kuten esimerkiksi epäsäännöllinen rytmi, mikä voi kertoa sydämen rytmihäiriöstä. (Iivanainen & Syväoja 2012, 622 631-632.)

Ääreisverenkiertoa voidaan arvioida ihon ääreisosien lämpötilan ja värin avulla. Ihon lämpötila kertoo verenkierron riittävydestä. Kehon ääreisosat, kuten kädet ja jalat tuntuvat lämpimiltä, kun verenkierto toimii normaalisti. Kehon ääreisosat kylmenevät, jos verenkierto häiriintyy. Tällaisessa tapauksessa elimistö keskittyy huolehtimaan kehon tärkeimpien osien, kuten sydämen ja aivojen riittävästä verenkierrosta. Verenkierron riittämätön toiminta tai veren matala happipitoisuus näkyvät iholla sinertävänä värinä eli syanoosina. Ääreisverenkiertoa voidaan tarkkailla myös pulssin avulla. Pulssi ääreisosista on syytä mitata, mikäli ihon lämmössä tai värissä on muutoksia. Verenkierron tarkkailuun kuuluvat myös tajunnan tason ja turvotusten sekä lämmön seuranta. Tajunnantaso kertoo aivojen verenkierron tilasta. Sydämen toiminnan häiriöistä, kuten sydämen vajaatoiminnasta aiheutuvat turvotukset, kertyvät usein alaraajoihin. Turvotuksia tarkkailtaessa saadaan viitteitä sydämen toiminnasta, mutta ne voivat kertoa myös useista muista sairauksista. (Kuisma ym. 2013, 136; Iivanainen & Syväoja 2012, 622 635–636.)

4.2.3 Verenpaine

Verenpaine on se tekijä, joka mahdollistaa veren kulkemisen kaikkialle elimistöön. Verenpaine sanana tarkoittaa siis valtimoissa olevaa painetta. Yläpaine eli systolinen verenpaine tarkoittaa sitä, kun verenpaine on korkeimmillaan sydämen supistumisvaiheessa, jolloin veri siirtyy sydämen vasemmasta kammioista valtimoihin. Supistumisvaihetta seuraa lepovaihe. Lepovaihe on juuri ennen sydämen seuraavaa supistumista edeltävä vaihe. Alapaineella eli diastolisella verenpaineella tarkoitetaan siis sitä, kun verenpaine on pienimmillään sydämen lepovaiheessa. (Ahonen ym. 2016, 198.)

Kohonnut verenpaine eli hypertensio on koko maailmaa käsittävä merkittävä syy enenaikaisiin kuolemiin. Suomalaisista noin kaksi miljoonaa kärsii kohonneesta verenpaineesta. Ikä on yksi verenpaineen nousuun vaikuttavista tekijöistä. Kohonneesta verenpaineesta puhutaan silloin, kun verenpaine verenkiertojärjestelmässä on kohonnut haitalliselle tasolle. (Ahonen ym. 2016, 198; Kohonnut verenpaine 2014.)

Yleinen hoitotavoite kohonneessa verenpaineessa kotona mitattuna on alle 135/85 mmHg (taulukko 1.) Lääkehoito aloitetaan, mikäli elintapahoidosta huolimatta verenpaine pysyy kohonneena. Elintapahoidolla voidaan vaikuttaa kohonneen verenpaineen riskitekijöihin, kuten ylipainoon, liialliseen suolan saantiin, vähäiseen liikuntaan ja runsaaseen alkoholin käyttöön. (Kohonnut verenpaine 2014.)

TAULUKKO 1. Verenpainetasot voidaan määritellä seuraavan kuvan mukaan.

Jaottelu	Systolinen		Diastolinen	Toimenpiteet
Optimaalinen	<120	ja	<80	Tarkistusmittaus 5 vuoden välein.
Normaali	120 - 129	ja/tai	80 – 84	Elintapahoito. Tarkistusmittaus 2 vuoden välein.
Tyydyttävä	130 - 139	ja/tai	85 – 89	Tehostettu seuranta kotimittauksin 4kk ajan ja tilannearvio. Elintapahoito. Seurantamittaus vähintään vuosittain.
Asteen 1 hypertensio	140- 159	ja/tai	90 – 99	Seuranta ja elintapahoito. Hoitotulosten arviointi 4 – 6kk kuluttua. Päätös mahdollisesta lääkityksestä.
Asteen 2 hypertensio	160 – 179	ja/tai	100 – 109	Elintapahoito. Lääkehoito joko 1 – 2kk kuluttua tai heti.
Asteen 3 hypertensio	180	ja/tai	110	Elintapahoito ja lääkehoito yleensä heti.
Isoloitunut systolinen hypertensio	140	ja	>90	Elintapahoito. Lääkehoito ed. esitettyjen systolisen paineen arvojen mukaan.

(Käypä hoito –suositus 2014 muokattu.)

Verenpainetta voidaan mitata automaattimittarin avulla tai manuaalisesti kuuntelumenetelmällä. Kuuntelumenetelmän käyttö on aiheellista silloin, kun asiakas kärsii rytmihäiriöistä, kuten eteisvärinästä. (Ahonen ym. 2016, 199.)

Fyysistä ponnistelua, tupakointia ja kofeiinipitoisia juomia tulee välttää ennen verenpaineen mittausta noin puolen tunnin ajan. Mittaus suoritetaan rauhallisessa ympäristössä ja mittauksen aikana potilaan tulisi olla puhumatta. Mittaus aloitetaan asettamalla mansetti asiakkaan oikeaan tai vasempaan olkavarteen. Mikäli olkavarsien välillä on yli 10mmHg puoliero, suoritetaan mittaus siitä olkavarresta, jossa verenpaine on korkeampi. Ennen varsinaista mittausta, tulee potilaan istua vähintään viisi minuuttia mansetin ollessa paikallaan olkavarressa. (Ahonen ym. 2016, 200.)

Mansetin koko valitaan potilaan olkavarren koon mukaan. Tarkka koko saadaan mittaamalla asiakkaan olkavarren koko ja suhteuttamalla se mansetin kumipussiosan koon nähden siten, että mansetin kumipussiosan leveyden tulisi olla 40% ja pituuden 80% asiakkaan olkavarren ympärysmittasta. Olkavarren ollessa ympärysmitaltaan 26-32cm tulee kumipussiosanleveyden olla 12cm. Tätä mansettia käytetään pienillä aikuisilla. Keskisuuren aikuisten mansetin kumipussiosan leveys on 14-15cm. Tätä käytettäessä olkavarren ympärysmitta voi vaihdella 33-41 cm välillä. Suurta mansettia käytetään, kun olkavarren ympärysmitta ylittää 41cm. Suuren mansetin kumipussiosan leveys on 18cm. (Ahonen ym. 2016, 199; Kohonnut verenpaine 2014.)

Kuuntelumenetelmä eli manuaalinen verenpaineen mittaus aloitetaan tunnustelemalla syke potilaan ranteesta, varttinävaltimosta. Sykkeen tunnustelun avulla voidaan mansettiin pumpata oikea määrä painetta. Painetta pumpataan vielä noin 30mmHg, kun syke lakkaa tuntumasta. Stetoskoopin kalvo-osa asetetaan olkavarsivaltimon päälle. Mansetin paineen alennus tehdään tasaisesti 2mmHg nopeudella. Systoliseksi paineeksi merkitään se, jolloin pulssiäännet alkavat kuulua ja diastoliseksi paineeksi se, jolloin ne lakkaavat kuulumasta. Mittaus toistetaan muutaman minuutin kuluttua. Tulokset ja mittausasento kirjataan ylös. Syketaso ja sykkeen säännöllisyys on tarkistettava myös automaattimittaria käytettäessä. (Ahonen ym. 2016, 200; Kohonnut verenpaine 2014.)

4.2.4 Tajunta

Tajunta on tietoisuutta itsestä ja ympäristöstä. Tajunta koostuu ajatuksista, kokemuksista, aistimuksista, kuvitelmista sekä muistoista. Tietoisuus tarkoittaa kykyä yhdistää muistissa olevat asiat ulkoisiin ja sisäisiin ärsykkeisiin. Näin syntyy kyky käyttäytyä ja reagoida johdonmukaisesti. Tajuttomuus on tämän tietoisuuden puuttumista. Laajemmin määriteltynä tajunta muodostuu tajunnan sisällöstä sekä tajunnan tasosta. Näissä molemmissa voi esiintyä häiriötä. (Soinila, Kaste & Somer 2006, 145; Castren ym. 2009, 366.)

Tajunnan häiriöt voivat olla hetkellisiä tai pitkäaikaisia. Tajunnantason aleneminen aiheuttaa ensin uneliaisuutta. Asiakkaalla on vaikeuksia säilyttää normaali vireystila, mutta hän reagoi aistiärsykkeisiin, kuten puheeseen ja kosketukseen. Jos tajunnantaso alenee lisää, asiakas on heräteltävissä vain huutamalla tai aiheuttamalla kipua. Jos asiak-

kaalla on vireystilan alenemisen lisäksi tajunnan sisällön häiriö, siitä käytetään nimitystä sekavuus ja se on yhtenevä deliriumin kanssa. Lievässä sekavuudessa asiakkaan ajattelu on epäjohdonmukaista, puhe hidasta sekä tarkkaavaisuudessa esiintyy häiriöitä. Vaikeammassa sekavuustilassa asiakas ei ole orientoitunut, hän ei pysty noudattamaan ohjeita johdonmukaisesti tai lainkaan ja vastaa kysyttäessä yksisanaisesti. Hän voi olla myös harhainen. (Castren ym. 2009, 366 - 367.)

Tajuttomuus tarkoittaa sitä, että asiakas ei ole heräteltävissä. Tajuton asiakas on kriittisesti sairas, vaikka muut elintoiminnot olisivatkin normaalit. Hän ei pysty varmistamaan hengitysteidensä avoimuutta eikä aina hengittämäänään. Tämän takia on huolehdittava, että hengitystiet ovat avoimet ja tarvittaessa avustettava hengityksessä. Tajuttomaan tai sekavaan asiakkaaseen on suhtauduttava aina vakavasti ja hänen peruselintoiminnoistaan on huolehdittava. (Niemi-Murola ym. 2012, 32; Castren ym. 2009, 367.)

Tajuttomuuden syyt voidaan jakaa systemaattisiin tai aivoperäisiin syihin. Systemaattisia syitä ovat aineenvaihdunnalliset, sydämeen ja verisuoniin liittyvät, hapen puutteeseen tai paikalliseen veren puutteeseen liittyvät, infektiot, lääkeaineperäiset sekä myrkytystilat. Aivoperäisiä syitä ovat aivopuoliskoihin ja aivorunkoon liittyvät sekä kohonneeseen kallonsisäiseen paineeseen liittyvät syyt. (Castren ym. 2009, 369.)

Kohdatessa tajuton henkilö on tärkeää tarkistaa vastaako hän puhutellessa tai ravistellessa, ovatko ilmatiet auki sekä varmistaa, että asiakas hengittää. (Armstrong, Cleaver & Crawford 2006, 76–77.) Tajuttoman asiakkaan peruselintoimintojen varmistamisen jälkeen on pyrittävä selvittämään tajuttomuuden syy, alkuperä sekä mahdolliset silminnäkijähavainnot. Lisäksi tulisi selvittää millaisissa olosuhteissa tajuttomuus alkoi. Alkoiko tajuttomuus esimerkiksi nukkuessa, rasituksessa, ponnistaessa vai edelsikö sitä kaatuminen. Silminnäkijöiden puuttuessa tulisi huomio kiinnittää ympäristöön, kuten esimerkiksi postiluukun alla oleviin lehtiin, merkkeihin alkoholin tai lääkkeiden käytöstä sekä mahdollisiin merkkeihin väkivallasta. Kun käytettävissä on asiakkaan anamneesi, tarkistetaan, onko hänellä mahdollisesti tajuttomuuteen liittyviä sairauksia, mitä lääkkeitä hän käyttää tai onko hänellä alkoholin liikakäyttöä. Onko hän lähiaikoina sairastellut, ollut toimenpiteessä tai muuten sairaalahoitossa. Onko hän kaatunut tai kolhinut päättään lähiaikoina tai onko käyttäytyminen ollut poikkeavaa, esimerkiksi sekavaa. Kuitenkin tajuttomuuden tai tajunnantason alenemisen syitä on sairaalan ulkopuolella vai-

kea varmistaa ja syy saadaan useimmiten selville vasta sairaalassa. (Castren ym. 2009, 369 - 371.)

Neurologisen statuksen tekeminen on osa neurologisen potilaan perustutkimuksia. Se koostuu verensokerin mittaamisesta, tajunnantason arvioinnista Glasgow'n kooma-asteikon avulla, pupillien kokoerojen ja valoreaktion arvioinnista, vartalon puolierojen ja puutosoireiden tutkimisesta sekä lisäksi tarvittaessa alkoholipitoisuuden mittaamisesta puhalluskokeella. (Alanen, Jormakka, Kosonen & Saikko 2016, 108.)

4.3 Glasgow'n kooma-asteikko

Tajunnan tason määrittelyssä voidaan käyttää apuna Glasgow'n kooma-asteikkoa (GCS), joka on kuvattuna taulukkona sivulla 24. GCS on kansainvälinen ja yleisin käytetty tajunnantason arvioinnin mittari. (Glasgow Coma Score ja sen arviointi. 2008.) Sen avulla asiakkaan tajunnantaso määritellään kolmen keskeisen vasteen, silmien avaamisen sekä puhe- ja liikevasteen perusteella. Muistisääntönä voidaan käyttää lyhenteitä SI-PU- LI. (Koponen & Sillanpää 2005, 83.)

Jos asiakas on täysin hereillä ja orientoitunut, pisteitä kertyy 15. Jos taas kaikki kolme vastetta jäävät puuttumaan, pistemäärä on kolme. Kokonaispistemäärä ei tosin kerro yksistään statusta vaan myös muut asiat täytyy huomioida, kuten puolierot, reagointi valolle, raajojen lihasvoima, niskajäykkyys ja Babinskin testi. Babinskin testin tulos on positiivinen, jos iso varvas kääntyy ylöspäin jalkapohjaa pitkin vedettäessä tylpällä esineellä, kantapäästä jalan ulkosyrjää pitkin isovarpaaseen. Tämä positiivinen tulos viittaa vastakkaisen puolen aivovaurioon tai kouristelun jälkitilaan. (Koponen ym. 2005, 83.)

GCS tutkimuksen lisäksi asiakkaan seurantaan kuuluu myös verensokerin mittaaminen, verenpaineen mittaaminen, sydänfilmi eli EKG, happisaturaation mittaus sekä ruumiin lämpö. (Koponen ym. 2005, 83).

TAULUKKO 2. Glasgow`n kooma- asteikko.

Toiminto	Reagointi	Pisteet
Silmien avaaminen	Spontaanisti	4
	Puheelle	3
	Kivulle	2
	Ei vastetta	1
Puhevaste	Orientoitunut	5
	Sekava	4
	Irrallisia sanoja	3
	Ääntelyä	2
	Ei mitään	1
Paras liikevaste	Noudattaa kehotuksia	6
	Paikallistaa kivun	5
	Väistää kipua	4
	Fleksio kivulle	3
	Ekstensio kivulle	2
	Ei vastetta	1
Yhteensä		3 – 15 pistettä

(Käypä hoito -suositus 2008 muokattu.)

4.4 ABCDE menetelmä

ABCDE menetelmää voidaan käyttää asiakkaan tilan tutkimisen apuvälineenä. Menetelmä toimii samalla myös muistisääntönä ja auttaa varmistumaan, että olennaiset asiat tulee tarkistettua. Tätä menetelmää voidaan hyödyntää kaikkien asiakkaiden tai potilaiden tutkimisessa. ABCDE menetelmän avulla arvioidaan peruselintoimintojen tilaa. Tilan arviointi tulee suorittaa menetelmän ohjaamassa järjestyksessä aina arvioitaessa tilannetta ensikertaa tai tilanteen muuttuessa. ABCDE menetelmän mukainen arviointi on syytä toistaa myös silloin, kun hoitotoimenpiteistä huolimatta potilaan tai asiakkaan tilanne ei korjaannu halutulle tasolle. (Kuisma ym.2013, 520-521; Jevon 2010, 404.)

ABCDE menetelmää voidaan käyttää tutkittaessa loukkaantunutta tai vakavasti sairasta ihmistä. Se on kansainvälisesti hyväksytty ja tunnettu menetelmä hoidon tarpeen määrittämisessä. (Thim, Krarup, Grove, Rohde & Lövgren 2012.)

Peruselintoiminnot tarkistetaan menetelmän kirjainten mukaisessa järjestyksessä.

ABCDE menetelmä tulee sanoista:

- | | |
|---|------------------------------------|
| A | Airway, hengitystiet |
| B | Breathing, hengitys |
| C | Circulation, verenkierto |
| D | Disability, tajunnan taso |
| E | Exposure, muut löydökset ja vammat |

(Kuisma ym. 2013, 520; Porthan & Sormunen. 2014.)

Tutkinta aloitetaan arvioimalla hengitysteitä ja hengityksen riittävyyttä. Hengitysteistä on tutkittava ovatko ne auki. Mikäli asiakas on tajuissaan ja pystyy puhumaan, on se merkki siitä, että hengitystiet eivät ainakaan juuri sillä hetkellä ole uhattuina. Tärkeää on myös varmistua siitä, että hengitystiet pysyvät aukinaisina. Ilmavirran tarkistus ja hengityssänten tarkkailu ovat keinoja varmistua hengitysteiden tilasta. Riittämättömästä hengityksestä kertovat myös ihon syanoosi, hikoilu tai apulihasten avulla hengittäminen. Hengityksen heikkoudesta tai häiriintymisestä merkkejä ovat, mikäli asiakas jaksaa puhua vain lyhyitä lauseita tai hänen hengitystiheytensä ei ole normaalilla tasolla. (Kuisma ym. 2013, 520-521; Ahonen ym. 2016, 449; Jevon 2010, 405.)

Verenkiertoa arvioidessa tunnustellaan asiakkaan pulssi ja arvioidaan sen taajuutta sekä rytmiä. Rannepulsstin avulla voidaan tehdä karkea arvio verenpaineesta. Jos rannevaltimo tuntuu, voidaan arvioida, että verenpaine on yli 80mmHg. On kuitenkin muistettava, että tämä arvio ei päde kaikissa tilanteissa, esimerkiksi jos asiakkaalle on kehittynyt aivovamma. Syketaajuuden suureneminen voi olla yksi merkki riittämättömästä verenkierrasta. Riittämättömästä verenkierrasta merkinä on myös esimerkiksi ihon syanoosi. Tässä kohdasta tulee myös varmistua siitä, ettei ulkoisia vuotoja ole. Tajunnantaso voidaan arvioida yksinkertaisesti haastattelemalla asiakasta. Jos asiakas on tajuissaan ja hereillä, pystyy vastaamaan kysymyksiin ja on ajan tasalla, aikaan ja paikkaan orientoituneena, ei tajunnantaso ole huolestuttavalla tasolla. Glasgow'n kooma-asteikko toimii apuvälineenä tajunnantaso arvioitaessa niillä asiakkailla, joiden tajunnantaso on alentunut. (Kuisma ym. 2013, 521-525; Porthan & Sormunen 2014.; Jevon 2010, 407.)

Menetelmän E kirjaimen kohdalla asiakas tutkitaan. Järjestelmällisessä ja perusteellisessa tutkimuksessa kartoitetaan, ettei asiakkaalla ole näkyviä vammoja, kuten murtumia

tai haavoja. Lisävammojen ehkäisy tulee myös huomioida. Tässä kohdassa on hyvä mitata myös lämpö ja verensokeri. (Porthan & Sormunen 2014.)

4.5 Ammatillinen kehittyminen ja koulutus

Ammatillisen osaamisen kehittäminen on jatkuva elinikäisen oppimisen prosessi. Siten hankitaan niitä tietoja, taitoja ja kykyjä, joita hyödyntämällä voidaan vastata muuttuviin ammattitaitovaatimuksiin. Tämä edellyttää halua oppimiseen ja oppimisen arvostamista. (Hakala, Tahvanainen, Ikonen & Siro 2011, 59.)

Osaaminen on työn asettamien vaatimusten hallintaa sekä tietojen ja taitojen soveltamista käytäntöön. Osaaminen on laajempi kokonaisuus kuin ammattitaito. Se on yksilöllistä ja yhteisöllistä laajempaa tekemisen hallintaa, jossa sosiaalinen vuorovaikutus on tärkeässä osassa. (Hakala ym. 2011, 27.)

Valittu opetusmenetelmä ja työskentelymuoto vaikuttavat keskeisesti siihen kuinka koulutettavat opiskelevat, sekä millaisia oppimistuloksia saavutetaan. Valittujen opetusmenetelmien tulee tukea tavoitteiden saavuttamista sekä koulutettavien sitoutumista tavoitteiden kannalta oikeanlaiseen oppimiseen. (Hyppönen & Linden 2009, 9-11.)

Luennointi on käytetyin opetusmenetelmä, jossa koulutettaville pidetään esitys opiskelun kohteena olevasta aiheesta. Luennon vahvuutena on, että tieto voidaan jäsentää kohderyhmä huomioiden, mikä edellyttää hyvää taustatietoa koulutettavien osaamisesta. Se on tarkasti etukäteen suunniteltavissa ja mahdollistaa yhteyksien muodostamisen eri asioiden välillä. Luennon haasteena on se että se korostaa luennoitsijan roolia. Asioiden viestiminen on helppoa, mutta haasteena on saada koulutettavat jäsentämään tietoa. Se ei takaa sitä, että koulutettavat omaksuisivat ja oppisivat tiedon siten, että he pystyisivät myöhemmin sitä käyttämään. (Hyppönen ym. 2009, 45-46.)

Ammatillisessa koulutuksessa tekeminen sekä tekemällä oppiminen on erotettu teoriaopetuksesta. Ammattilisiin tutkintoihin johtavaan opetukseen sisältyy aina työpaikalla tapahtuvaa tekemällä oppimista eli työssäoppimista. Siinä on kyse tekemällä oppimisesta aidossa työympäristössä. (Heikkilä & Rönkkö 2006.) Tekemällä oppiminen on tärkeä opittavan asian havainnollistamiskeino. Tekemällä oppimisessa eletään sitä todel-

lisuutta, johon oppimisen tavoite kohdistuu. Teorian ja käytännön välistä kuilua voidaan kaventaa demonstraatiolla ja simuloinnilla. Lisäksi tekemällä oppiminen voi muodostua sosiaaliseksi tapahtumaksi, joka tukee työn kannalta tärkeiden valmiuksien oppimista. (Vuorinen 2005, 179-181.) Tekemällä oppimisen vahvuutena on oppiminen käytännön toiminnassa ja työympäristössä. Lisäksi sen vahvuutena on kokemusten tuottaminen, luonnollinen toimintaympäristö sekä suora tekeminen. Tämän opetusmenetelmän haasteena on se, että tekeminen saattaa vahvistaa aiempia vääriä toimintamalleja. Lisäksi koulutettavat eivät välttämättä keskity oppimisen kannalta olennaisiin asioihin. (Hyppönen ym. 2009, 51.)

Case-opetus tarkoittaa, että koulutettaville annetaan kuvitteellinen potilastapaus. Tapauksessa hyödynnetään aiempaa oppimista sekä osaamista ja etsitään tarvittaessa uutta tietoa. Case-opetus kehittää kokonaisuuksien ymmärtämistä, tiedon soveltamista ja käytännönongelman ratkaisukykyä. Opetusmenetelmä tuo oppimisprosessiin todellisen tuntuista tilanteita. Sen vahvuutena on, että se muodostaa kiinnostuksen, johon koulutettavat käyttävät omaa osaamistaan. Tapaukset toimivat hyvänä testinä jo opittujen asioiden soveltamiselle sekä tukevat taitojen kehittymistä. Haasteena on saada koulutettavat kriittisesti pohtimaan tapausta. Lisäksi onnistuneiden tapausten luominen on vaativaa. (Hyppönen ym. 2009, 50.)

Terveysthuollossa potilasturvallisuus sekä palveluiden laatu ovat keskeisiä asioita koulutuksen määrityksessä. Osaaminen tulee perustua laaja-alaiseen, monitieteelliseen sekä käytännölliseen osaamiseen mukaan lukien sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset taidot. Hoitotyö tulee perustua tutkittuun tietoon ja näyttöön. (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2006.)

Hoitaja käyttää omaa osaamistaan ja kokemustaan asiakkaan hoidontarpeen ja kiireellisuuden arvioinnissa. Hoidontarpeen arvioitsijalla tulee olla riittävä ammattitaito sekä koulutus. Ammattihenkilöitä velvoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammatitietä, jonka mukaan toimitaan potilaan parhaaksi selvittämällä hoidon tarve ja tutkitaan asiakas ilman turhaa viivettä. Täydennyskoulutus onkin merkityksellistä koska hoitokäytännöt muuttuvat jatkuvasti johtuen kehittyvästä lääketieteestä, teknologiasta sekä resursseista. (Syväoja & Äijälä 2009, 25-26.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistus, rajapintojen minimointi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä sekä hoitopolkujen saumattomuus muodostavat uusia haasteita hoitohenkilökunnan osaamiselle. Hoitohenkilökunnan osaamisen kehittäminen vaikuttaa myönteisesti työyksikön toimintaan ja sitä kautta hoidon laatuun sekä tuloksiin. Osaamisen kehittäminen vaikuttaa myös työmotivaatioon, työtuottavuuteen sekä tuottavuuteen. Lisäksi se on osaltaan vaikuttamassa osaavan työvoiman saamiseen ja säilymiseen sekä poissaolojen vähenemiseen. Ammatillisen osaamisen systemaattinen arviointi mahdollistaa työnjaon kehittämisen sekä vastuualueiden ja valtuuksien lisääntymisen työyhteisön toiminnassa. (Liimatainen 2009, 9.)

Laakkosen (2014, 6, 200-201) mukaan hoitokulttuurin merkitys osaamisen tasoon on huomattava. Monissa tapauksissa vääränlainen hoitokulttuuri johtaa siihen, että hoitajan osaamista alikäytetään. Vähäiset kasvuhaasteet kaventavat hoitajan todellista pätevyyttä ja näin osaamisen taso vaikuttaa alentavasti tuotettujen palvelujen laatuun, toiminnan tehokkuuteen sekä toimintayksikön vetovoimaisuuteen. Tällaisessa tapauksessa hoitaja ei edusta hoitotyön asiantuntijuutta vaan työ on lääketiede orientoitunutta ja välillisten rutiinien suorittamista. Näyttöön perustuvan hoitotyön edellyttämät valmiudet ovat heikot sekä oman tietoperustan tunnistaminen ja vahvistaminen sekä sitä tukeva johtaminen on heikkoa.

Liimataisen (2009, 11) mukaan ammatillinen kehittyminen hoitotyössä edellyttää henkilökunnan osaamisen jatkuvaa kasvua ja kehittymistä. Työtehtävät muuttuvat koko ajan laaja-alaisemmiksi, itsenäisemmiksi sekä vastuullisemmiksi. Asiantuntijuus voidaan nähdä prosessina, joka kehittyy jatkuvan opiskelun ja kokemuksen avulla, johon hoitajan henkilökohtaiset tavoitteet ja motivaatio vaikuttavat. Sosiaali- ja terveysalalla sitä on kuvattu kykynä tunnistaa ja tulkita asiakkaiden tarpeita, ongelmia sekä antaa heille myös mahdollisuus omaan päätöksentekoon. Asiantuntijatyö edellyttää yhä enemmän tiimi- yhteistyötä moniammatillisesti toisten asiantuntijoiden sekä asiakkaiden kanssa.

Laakkosen (2004, 6, 200-201) mukaan heikossa hoitokulttuurissa arvot määräytyvät organisaatiosta sekä muista ammattiryhmistä käsin. Sujuvuus korostuu eikä hoitotyön oma arvoperusta ohjaa toimintaa. Tällaisessa ympäristössä hoitokulttuuri voi rajallisesti vastata tulevaisuuden haasteisiin, mutta potilaan kokonaisvaltainen terveyden edistäminen ja moniammatillinen yhteistyö eivät toteudu.

Liimataisen (2009, 26) mukaan asiantuntijuutta voidaan kehittää muun muassa ammatillisella lisäkoulutuksella. Täydennys- ja jatkokoulutus tulee olla suunnitelmallista, hoitajille kohdennettua lyhyt- tai pitkä kestoista koulutusta ja sen tulee vastata nykyisiin sekä tulevaisuuden osaamistarpeisiin. Ammatillinen osaaminen on tehtävä-, tilanne- ja tapaussidonnaista. Sitä ohjaavat persoonallisuustekijät, motivaatio, muutoshalukkuus sekä kyky kehittää asiantuntijuuttaan.

Laakkosen (2009, 6, 200–201) mukaan huono hoitokulttuuri ei tue hoitajan ammatillista kasvua kohti hoitotyön asiantuntijuutta. Työympäristön merkitys tulisi huomioida enemmän ammatillisen perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen suunnittelussa. Ammatillinen koulutus voi myös tukea hoitokulttuurin kehittymistä ammatillista kasvua tukevammaksi. Organisaatio- ja hoitokulttuurin merkitys on huomattava hoitohenkilöstön ammatillisen kasvun mahdollistamiseksi ja sen huomiointi on välttämätöntä arvioitaessa ja kehitettäessä terveysalan ammatillista koulutusta.

Työturvallisuuslain (2002) mukaan työnantajalla on velvollisuus perehdyttää työntekijä työhön, olosuhteisiin, työmenetelmiin, työvälineisiin ja niiden oikeaan käyttöön sekä turvallisiin työtapoihin. Ammatillisessa koulutuksessa hankittua osaamista täydennetään työelämässä täydennyskoulutuksella. Sosiaali- ja terveysalan henkilöstö on työnantajan täydennyskoulutus velvoitteen alla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

5 KOULUTUSTILAISUUDEN TOTEUTUS

Koulutustilaisuus suunniteltiin huolellisesti kirjallisen tuotoksen pohjalta. Koulutusta suunniteltaessa olimme yhteydessä myös työelämän yhteistyökumppaniin kuunnellen heidän toiveitaan koulutuksen sisällöstä. Koulutuspaikan tarjosi Keiturin Sote Oy. Koulutustilaisuudesta aiheutuvista matka- ja kahvituskuluista vastasimme itse. Koulutuksessa käytettävä välineistö, kuten manuaaliset verenpainemittarit ja verensokerimittarit saimme lainaksi Keiturin Sote Oy:ltä. Rekvisiittana käytimme myös itse hankkimiamme välineitä, kuten inhalaatiolääkeannostelijaa, erilaisia tyhjiä lääkepakkauksia ja tyhjiä alkoholipulloja. Näillä saimme potilasesimerkkitapauksia elävöitettyä.

Koulutus toteutettiin Ruovedellä 23.5.2017. Henkilöstö oli jaettu kahteen ryhmään. Yhteisen koulutukseen oli varattu noin kolme tuntia aikaa. Aamupäivän koulutukseen osallistui 17 henkilöä ja iltapäivän koulutukseen 20 henkilöä. Osallistujista valtaosa oli lähihoitajia.

Aloitukset tapahtui käymällä teoriaosuus läpi tämän työn aineiston pohjalta tehtyjen diojen (liite 3) avulla. Jokainen koulutukseen osallistuva sai tulosteen koulutuksessa käytetyistä dioista. Tämä mahdollisti omien muistiinpanojen tekemisen.

Teoriaosuus käsiteltiin laajasti aiheista keskustellen ja yhdessä pohtien. Me kouluttajina vastasimme siitä, että keskustelu pysyi aiheessa. Lisäksi olimme valmistautuneet koulutustilaisuuteen niin hyvin, että pystyimme antamaan esille nousseisiin kysymyksiin tutkittuun tietoon perustuvat, perustellut ja kattavat vastaukset. Jo tilaisuuden alussa tähdensimme osallistujille, että toivomme rohkeutta kysyä mahdollisia esille nousevia asioita. Samalla kerroimme myös, että mikäli emme pysty vastaamaan heti tilaisuudessa nousseisiin kysymyksiin, lähetämme vastaukset jälkikäteen sähköpostilla.

Ennen käytännön harjoittelua pidimme kahvitauon, jotta koulutuksesta ei tulisi liian raskas. Kahvitauon aikana keskustelimme ja tutustuimme toisiimme. Tauon jälkeen asioita harjoiteltiin käytännössä potilasesimerkkien avulla. Esimerkit olimme rakentaneet siten, että kaikista peruselintoimintojen alueista, eli hengityksestä, verenkierrosta ja tajunnasta oli vähintään yksi harjoite. Käytännönharjoitteluun oli myös sisällytetty verenpaineen manuaalinen mittaaminen, koska työyhteisöön oli juuri hankittu manuaaliset mit-

tarit, joiden käyttö oli monille vielä vierasta. Toive manuaalimittauksen harjoitteluun tuli myös työnantajataholta. Käytännönharjoittelu toteutettiin pienissä ryhmissä siten, että yksi näytteli potilasta ja loput olivat hoitajia. Kouluttajina johdimme harjoittelua olemalla mukana jokaisessa ryhmässä vuorollaan. Harjoittelun jälkeen kävimme kyseisen potilastapauksen ryhmän kanssa yhdessä läpi.

Käytännönharjoittelun jälkeen vastasimme vielä esille nousseisiin kysymyksiin ja kerroimme, että opinnäytetyö toimitetaan sen valmistuttua työyhteisöihin. Opinnäytetyön avulla jokainen voisi halutessaan kerrata koulutuksessa käytyjä asioita ja syventää oppimaansa. Lisäksi olimme laatineet palautekyselyn (liite 4), johon pyysimme jokaista vastaamaan tilaisuuden loputtua. Palautetta saimme lomakkeen lisäksi vielä sanallisesti osallistujilta.

Koulutustilaisuuden päätyttyä ja koulutettavien lähdettyä kävimme läpi päivän tapahtumia ja arvioimme omaa suoriutumistamme kouluttajina. Koimme, että tilaisuus oli onnistunut ja vastasi omia tilaisuudelle laatimiamme tavoitteita.

6 POHDINTA

6.1 Eettiset kysymykset

Tieteen tarkoituksena on palvella yhteiskuntaa tuottamalla objektiivista tietoa, jonka tuloksiin eivät ulkopuoliset tahot, kuten poliittiset puolueet, voi vaikuttaa. Tutkijat ovat puolueettomia ja tutkimus sisältää vain vähän heidän omia ajatuksiaan. Tutkimusta ohjaavat tiedeyhteisön tieteelliset käytännöt, joita ovat työn jokaisessa eri prosessissa rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Tutkimuksen luotettavuutta, eettisyyttä ja tuloksia voidaan arvioida sen perusteella, onko se suoritettu hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Hyvään tieteelliseen käytäntöön sisältyviä tekijöitä ovat muun muassa eettisesti kestävät tutkimus- ja tiedonhankintamenetelmät, muiden tutkijoiden arvostus ja asianmukainen kohtelu sekä se, että tutkimusluvut on haettu asianmukaisesti. Hoitotieteellinen tutkimus nostaa esiin ongelmia ja kehittää hoitotyötä. Se myös auttaa ymmärtämään ihmistä, terveyttä, hoitotyötä ja ympäristöä sekä näiden tekijöiden suhdetta toisiinsa. Tämä on tietenkin potilaan ja hänen terveytensä kannalta todella merkittävä asia. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åsteadt-Kurki 2012, 28-31; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Opinnäytetyötä tehdessä on perehdytty tutkimuseettisen neuvottelukunnan asettamiin ohjeisiin ja niitä on noudatettu työn jokaisessa vaiheessa. Tutkimuksen keskiössä on ollut koko ajan asiakas. Tutkimuksen avulla on haluttu kehittää asiakkaan hoitoa kotihoidossa ja parantaa hoidon laatua kouluttamalla henkilökuntaa.

Tutkimuslupa on haettu asianmukaisesti Keiturin Sote Oy:n hallinnolta ja siitä on saatu kirjallinen asiakirja (liite 1). Koulutukseen osallistujat on määrittänyt työnantaja. Aineistoa on käsitelty luottamuksellisesti ja työn tekemisessä ja aineiston käsittelyssä on noudatettu huolellisuutta ja tarkkuutta. Kenenkään henkilö- tai potilastietoja ei ole käsitelty työssä.

Opinnäytetyön teksti on tuotettu mahdollisuuksien rajoissa siten, että jokaisen lukijan olisi helppo sitä lukea. Tekstin ymmärrettävyyttä on lisätty hoitoalan erikoissanastolla, joka löytyy opinnäytetyön alusta.

6.2 Luotettavuus

Tutkimuksen tarkoituksena on ollut tuottaa konkreettista tietoa ja koulutusta Keiturin Sote Oy:n kotihoidon henkilöstölle. Työtä tehdessä työnantajapuolen kanssa on kommunikoitu paljon ja mielipiteitä sekä kehittämisehdotuksia on otettu vastaan ja toteutettu tutkimuksen tarkoituksen mahdollistamalla tavalla. Voidaankin todeta, että tutkimus on syntynyt työnantajatahon tarpeesta peruselintoimintojen tarkkailussa ja arvioinnissa sekä tulosten ymmärtämisessä.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että tekijöitä on ollut kaksi. Yhteistyö tekijöiden välillä on ollut toimivaa ja tasapuolista. Kaikki työhön valikoituneet asiat on pohdittu yhdessä ja käyty läpi niin, että molemmat tekijät ovat olleet tyytyväisiä lopputulokseen. Työn edetessä olemme pyytäneet ohjaavalta opettajalta kommentteja ja ohjausta työn tekemiseen. Olemme pyrkineet kehittämään opinnäytetyötä saamamme palautteen pohjalta. Ohjaavaa palautetta olemme saaneet myös opponenteiltamme. Tämän opinnäytetyön on lukenut myös ulkopuolinen henkilö, jolla ei ole kokemusta hoitotyöstä. Häneltä saamamme palautteen pohjalta työmme teksti on ollut ymmärrettävää eikä ole vaatinut lukijalta hoitotyön osaamista.

Opinnäytetyössä käytetyt lähteet on valittu tutkimuksen pohjaksi ja ne ovat ajallisesti tuoreita sekä luotettavia. Lähteet on valittu pääsääntöisesti siten, että ne eivät ole kymmentä vuotta vanhempia. Valituista lähteistä yli kymmenen vuotta vanhemmat lähteet ovat valikoituneet työhön sisältönsä takia tai sen vuoksi, että uudempaa tietoa aiheesta ei ole ollut saatavilla. Lähteiden luotettavuutta on arvioitu tekijän tai julkaisijatahon perusteella. Lähteisiin sisältyy erilaisia lakeja sekä terveydenhuollon toimintaa ohjaavia julkisia tahoja.

Käytetyt lähteet on luettu huolellisesti. Kirjoittaessa tietoa on yhdistelty ja lähdeviitteisiin on merkitty kaikki lähteet, joihin teksti on pohjattu. Suoria lainauksia on pyritty välttämään. Lähdeviitteiden merkitseminen ja lähdeluettelo on tehty Tamkin kirjallisten ohjeiden mukaisesti. Lähteiden valinnassa on kuunneltu myös työnantajatahon mielipiteitä.

Teoriaosuuden luotettavuutta voidaan siis arvioida edellä mainittujen asioiden perusteella ja todeta, että käytetyt lähteet lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. Lähteiden valit-

semiseen on käytetty paljon aikaa ja niitä on haettu systemaattisesti. Jokainen lähde on käyty tekijätasolla yhdessä läpi ja arvioitu opinnäytetyön tekijöiden kesken sen luotettavuus ja asiallisuus.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Koulutuksesta saadun palautteen perusteella voidaan todeta, että tämän tyyppiselle koulutukselle on ollut tarvetta. Teoriaosuus oli pidetty ja koettiin tarpeelliseksi. Sen pohjalta käytiin paljon keskusteluja. Keskusteluissa nousi esille, että tietojen päivitys ja asioiden mieleen palauttaminen oli ajankohtaista ja osalle koulutettavista tuli paljon uutta tietoa. Esimerkiksi ABCDE- menetelmä ei ollut kaikille entuudestaan tuttu, kun taas neurologisen statuksen tekeminen oli tutumpaa.

Työyhteisöön oli hetki sitten hankittu manuaaliverenpainemittarit, joiden käyttö ei ollut henkilöstölle vielä kovin varmaa. Suurta onnistumisen iloa oli nähtävillä, kun verenpainemittaus onnistui manuaalisesti. Monet olivat kokeneet manuaalisen verenpainemittauksen haastavaksi ja jopa pelottavaksi asiaksi. Koulutus lisäsi varmuutta käyttää manuaalista mittaria jatkossa.

Ilmapiiri koulutuksessa oli avoin ja luottavainen. Osallistujat olivat innostuneita ja osallistuivat koulutukseen aktiivisesti. Koulutuksessa käyty vapaa keskustelu ja tutustuminen olivat tärkeää, sillä huomasimme jo tilaisuuden alussa monen jännittävän käytännön harjoitteluosuutta. Keskustelun myötä osallistujien jännitys väheni ja alensi kynnystä osallistua harjoituksiin. Koulutuksesta saimme pelkästään positiivista palautetta ja siitä kävi ilmi, että henkilöstö arvioi pystyvänsä soveltamaan saamaansa tietoa ja taitoa myös käytännön työelämässä. Henkilöstö koki, että koulutuksen sisältö ja aiheet olivat hyvin rakennettu ja vastasivat koulutustarvetta. Lisäksi palautteista nousi esille henkilöstön toive saada koulutusta myös opinnäytetyön aihealueen ulkopuolelta olevista asioista. Koulutuksessa huomasimme hoitajien valtavan halun kehittää omaa ammatillisuuttaan.

Meille opinnäytetyön tekijöinä koulutus oli positiivinen kokemus. Ilman kattavaa teoriapohjaa koulutuksen pitäminen olisi kuitenkin ollut mahdotonta. Opinnäytetyön teoriaosuuden tarpeellisuus tulikin esille koulutusta pidettäessä. Meiltä kouluttajina edellytettiin asiantuntijuutta ja koska olimme valmistautuneet koulutukseen riittävän hyvin,

pystyimme vastaamaan esille tulleisiin kysymyksiin heti, eikä jälkeenpäin selvitettäviä asioita jäänyt sähköpostilla vastattavaksi. Kirjallisen tuotoksen tarkoituksena on tukea koulutustilaisuutta ja tämän vuoksi toimitamme valmiin opinnäytetyön Keiturin Sote Oy toimipisteisiin Ruovedelle ja Virroille.

Jälkikäteen ajatellen koulutus olisi ollut hyvä jakaa kahdelle päivälle. Sen toteuttaminen yhden päivän aikana oli raskas prosessi. Kokonaisuudessaan koulutus oli opettavainen kokemus ja antoi ammatillista itseluottamusta sekä lisäsi halua jakaa näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa koulutusten avulla.

Koulutukselle, jossa yhdistyvät teoria ja käytännön harjoittelu, on selvästi tarvetta. Työ kotihoidossa edellyttää hoitajalta valmiuksia itsenäiseen päätöksentekoon. Riittävän usein toistuvalla koulutuksella tuetaan hoitajien ammatillisuutta sekä varmistetaan asiakkaan laadukkaan hoidon toteutuminen. Henkilöstön koulutuksen avulla voidaan taata asiakkaalle asianmukainen hoitoketju. Koulutustarvetta olisi hyvä selvittää esimerkiksi henkilöstölle tehtävän kyselyn avulla. Työelämän yhteistyökumppani toivoi tällaista selvitystä jo tätä opinnäytetyötä tehdessä. Valitettavasti emme voineet vastata tähän toiveeseen, koska meidän oli rajattava sisältö tarkasti.

Jatkotutkimuksena ehdotamme tehtäväksi kirjallista ja nimetöntä kyselyä, josta selviäisi kotihoidon henkilöstön koulutustarve. Selvityksen myötä työnantajan olisi helpompi kohdentaa tulevat koulutukset vastaamaan henkilöstön koulutuksen tarvetta. Nimettömänä jätetty kysely antaisi työntekijälle mahdollisuuden tarkastella omaa ammattitaitoa ja osaamistaan rohkeammin.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., Uski-Tallqvist, T. 2016. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Alanen, P., Jormakka, J., Kosonen, A., Saikko, S. 2016. Oireista työdiagnoosiin ensihoitopotilaan tutkiminen ja arviointi. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Armstrong, V., Cleaver, B., Crawford, R. 2006. First aid manual. London: Dorling Kindersley limited.

Castren, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P., Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Porvoo: WSOY.

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Åsteadt-Kurki, P. 2012. Hoitotiede. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Glasgow Coma Score ja sen arviointi. 2008. Käypä hoito suositus. Duodecim. Luettu 4.3.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00135>

Hakala, R., Tahvanainen, S., Ikonen, T., Siro, A. 2011. Osaava lähihoitaja 2020. Sosiaali- ja terveysalan perustutkintokoulutuksen kehittämisstrategia. Raportit ja selvitykset 2011:6. Opetushallitus. Luettu 20.2.2017.

http://www.oph.fi/download/132619_Osaava_lahihoitaja_2020.pdf

Hengitysvajaus. 2014. Käypä hoito suositus. Duodecim. Luettu 12.2.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50045>

Heikkilä, P., Rönkkö M. 2006. Opetusmenetelmät opetuksen monipuolistajana. Oulun ammattikorkeakoulu. Oppimateriaalit. Luettu 9.4.2016.

<http://www.oamk.fi/amok/oppimat/LO/Opetusmenetelmat06a/>

Hyppönen, O., Linden, S. 2009. Opettajan käsikirja – Opintojaksojen rakenteet, opetusmenetelmät ja arviointi. Teknillisen korkeakoulun Opetuksen ja opiskelun tuen julkaisuja 4/2009. Espoo. Luettu 9.4.2017.

<http://lib.tkk.fi/Reports/2009/isbn9789622480637.pdf>

Iivanainen, A., Syväoja, P. 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Sanoma Pro oy.

Ikäihmisten akuuttihoitoketju. 2017. Terveysportti. Luettu 3.4.2017.

http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp01225&p_haku=akuuttihoito%20i%C3%A4k%C3%A4s

Jevon P. 2010. ABCDE: the assessment of the critically ill patient. British journal of cardiac nursing.

Karhu, J., Rautiainen, H. 2016. Peruselintoimintojen häiriöt ja niiden hoito. Duodecim. Luettu 9.3.2017.

<http://www.oppiporssi.fi/op/opk04609>

Kohonnut verenpaine. 2014. Käypä hoito suositus. Duodecim. Luettu 8.3.2017.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi04010>

Koponen, L., Sillanpää, K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi.

Koskinen, S., Lundqvist, A., Ristiluoma, N. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. THL raportti. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino oy. Tampere. Luettu 24.2.2017.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K., Taskinen, T. 2013. Ensihoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Laakkonen, A. 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Akateeminen väitöskirja. Luettu 9.4.2017.

<http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/67361/951-44-5923-7.pdf?sequence=1>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. 28.12.2012/980.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559.

Liimatainen, A. 2009. Sairaanhoidajan asiantuntijuuden kehittyminen perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos yhteiskuntatieteen tiedekunta. Lisensiaatintutkielma. Luettu 21.2.2017.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20100015/urn_nbn_fi_uef-20100015.pdf

Martin, M., Seppä, M., Lehtinen, P., Törö, T. 2014. Hengitys itsesäätelyn ja vuorovai-
kutuksen tukena. Media pinta Oy.

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Rasimus, M. 2010. Sairaanhoidajan käsikirja. 5. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Mäkelä, M., Varonen, H., Teper, J. 1996. Systemoitu kirjallisuuskatsaus tiedon tiivistäjänä. Duodecim. Luettu 20.11.2016.

http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewTy-pe=viewArticle&tunnus=duo60413&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth

NHS National Patient Safety Agency 2007. Recognising and responding appropriately to early signs of deterioration in hospitalised patients. Luettu 20.11.2016.

<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60151>

Niemi-Murtola, L., Jalonen, J., Junttila, E., Metsävainio, K., Pöyhijä, R. 2012. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Opetus- ja kulttuuriministeriö. 10.7.2006. Julkaisu ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Luettu 19.11.2016.

<https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80112/tr24.pdf?sequence=1>

Porthan, K., Sormunen, H. 2014. Potilaan hoitaminen ja vammojen tutkiminen onnettomuuspaikalla. Sairaanhoidajan käsikirja. Luettu 10.3.2017

<http://www.terveysportti.fi.elib.tamk.fi/dtk/shk/koti>

Resuscitation Council (UK) 2016. The ABCDE approach. Luettu 20.11.2016.

<https://www.resus.org.uk/resuscitation-guidelines/abcde-approach/>

Salonen, K., Näkökulmia tutkimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoille, opettajille ja TKI-henkilöstölle. Turun ammattikorkeakoulu. Luettu 20.11.2016.

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163738.pdf>

Sand, O., Sjaastad, O., Haug, E., Bjålie, J. 2014. Ihminen fysiologia ja anatomia. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Soinila, S., Kaste, M., Somer, H., 2006. Neurologia. Helsinki: Duodecim.

Sosiaalihuoltolaki. 1301/2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö. n.d.a. Kotihoito. Luettu 18.11.2016.

http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/kotihoito?_101_INSTANCE_yr7QpNmlJmSj_redirect=%2Fhaku%2F-%2Fq%2Fkotihoito

Sosiaali- ja terveysministeriö. n.d. b. Kotihoito ja kotipalvelut. Luettu 28.1.2017.

<http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Luettu 28.1.2017.

http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1

Syvöja, P., Äijälä, O. Hoidon tarpeen arviointi. Sastamala: Kustannusyhtiö Tammi.

Tekes. 2014. Kotihoito 2020 loppuraportti: 10 askeleen ohjelma kotihoitoon. Luettu 28.1.2017.

<https://www.tekes.fi/tekes/tulokset-ja-vaikutukset/caset/2014/kotihoidon-organisointi-toi-enemman-aikaa-asiakkaalle/>

Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2015. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2015. Luettu 18.11.2016.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130786/Tk08_16.pdf?sequence=1

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. n.d. Toimia. Ravamittari. Luettu 10.1.2017.

<http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/93/>

Thim, T., Krarup, NH., Grove, EL., Rohde, CV., Lövgren, B. 2012. Initial assesment and treatment with the Airway, Beathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. International Journal Of General Medicine- lehti. Vol 5, pp 117-21. Dove Medical Press. Luettu 10.4.2017.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3273374/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Luettu 16.11.2016.

<http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Työturvallisuuslaki. 23.8.2002/738.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. 2010. Vanhuspalvelut säännöllinen kotihoito. Luettu 28.1.2017.

https://www.vtv.fi/files/2407/Vanhuspalvelut_netti.pdf

Vuorinen. Ilpo. 2005. Tuhat tapaa opettaa. Tampere: Kirjatalo resurssi.

LIITTEET

Liite 1. Lupa opinnäytetyön tekemiseen

Lupa opinnäytetyön tekemiseen

Opinnäytetyön tekijä/tekijät

Tekijä 1:

Nimi

Katri Maijanen

Katri Maijanen - 0110000000000000

0110000000000000

katri.maijanen@health.tamk.fi

Koulutus

Sairaanhoitajakoulutus

Suuntautumisvaihtoehto tai -polku

Muuttuva hoitotyö perusterveydenhuollossa

Tekijä 2:

Nimi

Emma Mock

Emma Mock - 0110000000000000

0110000000000000

emma.mock@health.tamk.fi

Koulutus

Sairaanhoitajakoulutus

Suuntautumisvaihtoehto tai -polku

Muuttuva hoitotyö perusterveydenhuollossa

Yritys tai organisaatio

Keiturin Sote Oy

Kotihoito

Ruovedentie 13 34600 Ruovesi

Yhteyshenkilö 1:

Hanna-Leena Simonen

Kotihoidon vastaava hoitaja

+358447151354

hanna-leena.simonen@keiturinsote.fi

Opinnäytetyön ohjaaja 1

TAMK

Piia Lavonius

piia.lavonius@tamk.fi

+504414290

Tiedot opinnäytetyöstä

Opinnäytetyön aihe/nimi

Hoidontarpeen tilanne arvio kotihoidossa

Tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa lisäkoulutusta Keiturin sote oy:n kotihoidon henkilöstölle, hoidon tarvetta arvioidessa peruselintoimintojen tarkkailun pohjalta.

Lyhyt kuvaus opinnäytetyön toteuttamisesta ?

Toiminnallinen opinnäytetyö, mikä sisältää kirjallisen teoriaosuuden sekä koulutustilaisuuden.

Opinnäytetyön kustannukset ja niistä sopiminen

Työelämän yhteistyötaho on lupautunut vastaamaan koulutuksessa tarvittavista välineistä, kuten verenpainemittareista sekä koulutuksen toteutuspaikasta. Toimistokuluista, kirjallisesta materiaalista sekä opinnäytetyön tekijöiden matkakuluista vastaavat opin-näytetyön tekijät. Jos koulutus tilaisuudessa tarjoillaan kahvia tai lounasta siitä vastaa työelämän yhteistyötaho.

Yrityksen tai organisaation osuus ohjauksessa

Yhteistyö opinnäytetyön eri vaiheissa. Konsultaatio Hanna-Leena Simosen kanssa koulutustilaisuuden sisällöstä ja toteutuksesta.

Tekijäoikeudet

Opinnäytetyön tekijällä on työhönsä tekijänoikeus.

Aikataulu

Syys-lokakuu 2016	Aiheen valinta Työelämän yhteistyöpalaveri
Marras-joulukuu 2016	Tutkimussuunnitelma Luvan hakeminen opinnäytetyöhön
Tammi-huhtikuu 2017	Lähteiden valinta Kirjallisuuskatsauksen teko
Toukokuu 2017	Koulutustilaisuudet kotihoidossa Palaute koulutustilaisuudesta
Kesä-heinäkuu 2017	Loma
Syyskuu 2017	Powerpoint-esitys ja julisteen tekeminen Työn loppuun saattaminen
Lokakuu 2017	Opinnäytetyön esitys Tarvittavien korjausten teko työhön Työn lisääminen Theseukseen

Opinnäytetyön raportointi ja julkaiseminen

Keiturin Soten luvalla lokakuussa 2017.

Esittäminen

Lokakuu 2017.

Yrityksen/organisaation palaute opinnäytetyöstä

Kirjallinen palaute opinnäytetyön valmistuttua.

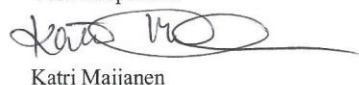
Liitteet:

Tutkimussuunnitelma

Allekirjoitukset



Vesa Haapamäki



Katri Maijanen



Emma Mock

Liite 2. Taulukko erilaisten hakukoneiden ja hakusanojen käytöstä.

Hakukone	Hakusanat	Tuloksia	Otsikon, tiivistelmän ja kokotekstin perusteella työhön valikoitui
Finlex	Ammattihenkilö	47	Finlex. Sosiaalihuoltolaki. 1301/2014. Finlex. Terveystenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Finlex. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559.
Finlex	Toimintakyky	17	Finlex. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalve-luista. 28.12.2012/980.
Finlex	Työturvallisuuslaki	2	Finlex. Työturvallisuuslaki. 23.8.2002/738.
Medic	Toimintakyky AND Mittarit	6	Koskinen, S., Lundqvist, A., Risti-luoma, N. 2012. Terveyst, toiminta-kyky ja hyvinvointi Suomessa 2011.
Melinda	Sairaanhoitajan asiantuntijuus	30	Liimatainen, A. 2009. Sairaanhoita-jan asiantuntijuuden kehittyminen perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos yhteis-kuntatieteen tiedekunta. Licensiaa-tintututkielma.
Melinda	Ammatillinen osaami-nen AND Pätevyys	50	Opetus- ja kulttuuriministeriö 10.7.2006. Julkaisu ammattikorkea-koulusta terveydenhuoltoon.
Melinda	Opinnäytteet AND Toiminnalliset	48	Salonen, K. 2013. Näkökulmia tut-kimukselliseen ja toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Opas opiskelijoil-le, opettajille ja TKI-henkilöstölle
Medic	Kotisairaanhoito AND Tilastot	34	Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. 2015. Kotihoidon asiakkaat marras-kuussa.
Melinda	Opetusmenetelmät AND Työharjoittelu	23	Hyppönen. O., Linden. S. 2009. Opettajan käsikirja – Opintojakso-jen rakenteet, opetusmenetelmät ja arviointi.
Medic	Hoitohenkilökunta AND Ammatitaito	38	Laakkonen. A. 2004. Hoitohenki-löstön ammatillinen kasvu hoito-kulttuurissa
Melinda	Hoitaja AND Osaamis-tarve	4	Hakala. R., Tahvanainen. S., Iko-nen. T., Siro. A. 2011. Osaava lähi-hoitaja 2020.

Liite 3. Koulutuksen diaesitys.

KOTIHOIDON ASIAKKAAN PERUSELINTOIMINTOJEN ARVIOINTI

TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Katri Maijanen ja Emma Mock
TAMK 2017



YHTEISTYÖKUMPPANI KEITURIN SOTE OY
KOTIHOITO RUOVESI JA VIRRAT



PERUSELINTOIMINNOT

- HENGITYS
- VERENKIERTO
- TAJUNTA

HENGITYS

- Hengitystiheys on hengitystyön mittari.

- Normaali hengitystiheys aikuisella on 12-16 krt/min
- Suurentunut hengitystiheys yli 25 krt/min
- Pienetynyt hengitystiheys alle 10 krt/min

- Hengenahdistus on peruselintoimintoihin liittyvä oire, mikä pitää hoitaa mahdollisimman pian!

HENGITYSTAPA

- Syvän ja raskaan hengityksen syynä ja seurauksena voi olla asidoosi ja hiilidioksidiretentio.
- Pinnallinen hengitys taas voi kertoa mahdollisesta kivusta.
- Haukkovan hengityksen kyseessä ollessa on hengitystien avoimuus tarkastettava.
- Kuorsaava hengitys voi kertoa alentuneesta tajunnantasosta sekä siitä että ylähengitysteiden auki pitäminen on vaikeutunut.
- Hengityskatkoksia toistuvasti seuraava hengityksen kiihtyminen voi taas kertoa neurologisesta sairaudesta.

HENGITYSÄÄNET

- Normaalit sisään- ja uloshengitysäänet ovat puhtaat ja tasaiset.
- Rohina hengitysäänissä kertoo siitä, että keuhkoputkissa on limaa.
- Rahisevat äänet kuten esimerkiksi toispuolinen rahina voi johtua keuhkokuumeesta.
- Ritisevat äänet kertovat nesteen kertymisestä keuhkoihin ja voivat viitata sydämen vajaatoimintaan.
- Vinkuvat äänet uloshengityksessä voivat kertoa keuhkoputkien ahtaumasta tai astmasta myös neste keuhkoissa voi aiheuttaa vinkuvaa ääntä uloshengityksessä.
- Sisaan hengityksessä vinkuvat äänet viittaavat ylähengitysteiden ahtautumiseen eli ylätieinfektioihin.
- Porisevat äänet voivat kertoa vaikeasta keuhkoödeemasta.
- Hankaavat äänet voivat johtua esimerkiksi pleuriitista.
- Hiljainen tai äänetön hengitys viittaa esimerkiksi ilmarintaan, keuhkolaajentumaan tai keuhkopussissa olevaan nesteeseen.

VERENKIERTO

- Sydämen ja verisuonten toiminnasta saadaan tietoa verenpaineen ja pulssin avulla.
- Ääreisverenkiertoa voidaan arvioida ihon ääreisosien lämmön ja värin avulla.

VERENPAINE JA PULSSI

- Pulssi tarkoittaa paineaaltoa.
- Paineaalto syntyy, kun sydämen vasemmasta kammiosta lähtevä verimäärä siirtyy aortan kautta valtimoihin.
- Tunnustelu tapahtuu painamalla kevyesti etu- ja keskisormella valtimon pinnalta. **Luotettavan tuloksen saaminen edellyttää vähintään minuutin mittaista tunnustelua.**
- Verenpaine eli valtimoissa oleva paine.
- Yläpaine eli systolinen paine tarkoittaa sitä, kun verenpaine on korkeimmillaan sydämen supistumisvaiheessa.
- Alapaine eli diastolinen paine tarkoittaa sitä, kun verenpaine on pienimmillään sydämen lepovaiheessa.

VERENPAINEEN MITTAUS

- Automaattimittarilla tai kuuntelumenetelmällä.
- Kuuntelumenetelmän käyttö on aiheellista jos asiakas kärsii rytmihäiriöistä, kuten eteisvärinasta.
- Ennen mittausta vältetään fyysistä rasitusta, tupakkaa ja kofeiinipitoisia juomia.
- Rauhallinen ympäristö, mittaustilanteessa asiakkaan tulisi olla puhumatta.
- Oikean kokoinen mansetti.
- Mansetin kumipussiosa tulisi olla 40% leveydeltä ja 80% pituudeltaan asiakkaan olkavarren ympärysmitasta.
- Pienet aikuiset mansetin kumipussiosa 12cm, keskiuuret aikuiset mansetin kumipussiosa 14-15cm.
- Ennen mittausta asiakkaan tulisi istua 5min mansetti kädessään.

VERENPAINEEN MITTAUS KUUNTELUMENETELMÄLLÄ

- Aloitetaan tunnustelemalla syke potilaan ranteesta, värttinävaltimosta. Sykkeen tunnustelun avulla voidaan määrittää oikea määrä painetta. Painetta pumpataan vielä noin 30mmHg, kun syke lakkaa tuntumasta.
- Stetoskoopin kalvo-osa asetetaan olkavarsivaltimon päälle. Mansetin paineen alennus tehdään tasaisesti 2mmHg nopeudella.
- Systoliseksi paineeksi merkitään se, jolloin pulssiäännet alkavat kuulua ja diastoliseksi paineeksi se, jolloin ne lakkaavat kuulumasta.
- Mittaus toistetaan muutaman minuutin kuluttua. Tulokset ja mittausasento kirjataan ylös.
- Syketaso ja sykkeen säännöllisyys on tarkistettava myös automaattimittaria käytettäessä.

KOHONNUT VERENPAINE

- Aiheuttaa vuosittain n 9,4 milj. enneaikaista kuolemaa.
- Sepelvaltimotauti ja aivohalvauskuolleisuus 2-3 kertaistuvat verenpaineen kohotessa 20/10 mmHg.
- Kohonnut verenpaine lisää sydän- ja verisuonitautien riskiä!

MIETITTÄVÄKSI...

- Mitä automaattimittarilla mitattu pulssi sinulle kertoo?
- Epäsäännöllisyys?
- Lisälyönnit?
- Tunnistatko rytmihäiriön?

VERENPAINETASOJEN MÄÄRITELMÄ

Jakotila	Systolinen		Diastolinen	Toimenpiteet
Optimaalinen	<120	ja	<80	Tarkistaminen 3 vuoden välein.
Normaali	120 - 129	ja/tai	80 - 84	Eiintapahoito. Tarkistaminen 2 vuoden välein.
Tyydyttävä	130 - 139	ja/tai	85 - 89	Tehokas seuranta kolmikuukausin 4kk ajan ja tilannearvio. Eiintapahoito. Seurantaan vuosiin.
Asteen 1 hypertensio	140 - 159	ja/tai	90 - 99	Seuranta ja eiintapahoito. Hoitoalustan arvioitiin 4 - 6kk kuluttua. Päätös mahdollisesta lääkityksestä.
Asteen 2 hypertensio	160 - 179	ja/tai	100 - 109	Eiintapahoito. Lääkehoito joko 1 - 2kk kuluttua tai heti.
Asteen 3 hypertensio	180	ja/tai	110	Eiintapahoito ja lääkitys yleensä heti.
Isoloittunut systolinen hypertensio	140	ja	>90	Eiintapahoito. Lääkehoito ed. esiintyneen systolisen paineen arvojen mukaan.

HOIDON TAVOITE

- Alle 135/85 mmHg.
- Yli 80v. alle 140/85 mmHg.
- Diabeetikot alle 135/75 mmHg.
- Käypä hoito suositus kohonnut verenpaine.

TAJUNTA

- Tajunta on tietoisuutta itsestä ja ympäristöstä.
- Tajunta koostuu ajatuksista, kokemuksista, aistimuksista, kuvitelmista sekä muistoista.
- Tietoisuus tarkoittaa kykyä yhdistää muistissa olevat asiat ulkoisiin ja sisäisiin ärsykkeisiin. Näin syntyy kyky käyttäytyä ja reagoida johdonmukaisesti.

TAJUNNAN TASON ALENEMINEN

- Tajunnan tason aleneminen aiheuttaa ensin uneliaisuutta.
- Asiakkaalla on vaikeuksia säilyttää normaali vireystila, mutta hän reagoi aistiärsykkeisiin, kuten puheeseen ja kosketukseen.
- Jos tajunnantaso alenee lisää, asiakas on heräteltävissä vain huutamalla tai aiheuttamalla kipua.

TAJUTTOMUUS

- Asiakas ei ole heräteltävissä.
- Tajuton on kriittisesti sairas, vaikka muut elintoiminnot olisivatkin normaalit.
- Tajuttomaan tai sekavaan asiakkaaseen on aina suhtauduttava vakavasti.
- Muista turvata peruselintoiminnot!

NEUROLOGINEN STATUS

GLASCOW'N KOOMA-ASTEIKKO

- Tajunnantason arviointi.
 - Tajunnantason arvioinnin mittari.
 - Sen avulla tajunnantaso määritellään kolmen keskeisen vasteen perusteella.
 - SI-PU-LI
- Silmien avaaminen, puhe- ja liikevaste.

GLASCOW' N KOOMA-ASTEIKKO

Toiminta	Reagoiasti	Pisteet
Silmien avaaminen	Spontaanisti	4
	Pukeelle	3
	Kivulle	2
	Eivastetta	1
Puhevaste	Orientoitunut	5
	Selava	4
	Irrititua sanoja	3
	Äänelyä	2
	Eimittän	1
Paras silkeivaste	Noudattaa lehtokäsiä	6
	Palkallitua kivun	5
	Väistää kipua	4
	Pieksii kivulle	3
	Elastenjo kivulle	2
	Eivastetta	1
Yhteensä		3 – 15 pistettä

ABCDE

- MENETELMÄ ASIAKKAAN TILAN TUTKIMISEN TUEKSI.
- MUISTISÄÄNTÖ.
- VARMISTUS, ETTÄ OLENNAISET ASIAT TULEE TARKISTETTUA.
- ARVIOITAESSA TILAA ENSIKERTAA TAI AINA TILANTEEN MUUTTUESSA TAI JOS TILANNE EI KORJAANNU HOITOTOIMENPITEISTÄ HUOLIMATTA.

ABCDE

- A AIRWAY, ILMATIET
- B BREATHING, HENGITYS
- C CIRCULATION, VERENKIERTO
- D DISABILITY, TAJUNNANTASO
- E EXPOSURE, MUUT LÖYDÖKSET JA VAMMAT

A JA B

ILMATIET JA HENGITYS

- **TARKISTA, ETTÄ ILMATIET OVAT AUKI**
- Tajunnan taso ja puhe kertovat, että hengitystiet eivät ainakaan juuri sillä hetkellä ole uhattuina.
- Ilmavirran tarkistus ja hengitysäntien kuuntelu ovat keinoja varmistua hengityksestä.
- Normaali hengitystiheys on 12-16 kertaa minuutissa.

C

VERENKIERTO

- **VARMISTU RIITTÄVÄSTÄ VERENKIERROSTA**
- Tunnustele asiakkaan pulssi ja arvioi sen taajuutta ja rytmiä.
- Rannepulssin avulla voidaan tehdä karkea arvio, että verenpaine on yli 80mmHg.
- (Huom! Ei aivovammatilanteissa)
- Riittämättömästä verenkierrosta kertovat esimerkiksi ihon syanoosi eli sinisyys.

D JA E

TAJUNNAN TASO JA MUUT LÖYDÖKSET

- **HAASTATTELE ASIAKASTA.**
- Jos asiakas on tajuissaan ja hereillä ja pystyy vastaamaan kysymyksiin sekä on aikaan ja paikkaan orientoitunut EI tajunnantaso ole huolestuttavalla tasolla.
- **TARKASTA ETTEI ASIAKKAALLA OLE NÄKYVIÄ VAMMOJA.**
- Mittaa verensokeri ja lämpö.

Liite 4. Koulutuspalaute lomake

KOULUTUSPALAUTE

1. Oliko koulutus mielestäsi hyödyllinen?
2. Mitä opit?
3. Mistä oppimastasi asiasta koit olevan eniten hyötyä?
4. Pystytkö soveltamaan oppimaasi työelämään?
5. Mitä kehitettävää koulutuksessa mielestäsi olisi?

Kiitos vastauksista!

Katri ja Emma